

Ana Sofia de Sousa Belinha

Conhecimento dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários sobre síndrome
HELLP

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde
Porto, 2012

Ana Sofia de Sousa Belinha

Conhecimento dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários sobre síndrome
HELLP

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde
Porto, 2012

Ana Sofia de Sousa Belinha

Conhecimento dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários sobre síndrome
HELLP

A aluna

Ana Sofia de Sousa Belinha

Projeto de Graduação, apresentado à
Universidade Fernando Pessoa como
parte dos requisitos para obtenção do
grau de Licenciada em Enfermagem

Porto, 2012

Sumário

A prática da enfermagem continua a desenvolver e a adaptar-se às alterações das prioridades de saúde da sociedade. Os sistemas de prestação de cuidados de saúde, em constante mudança, oferecem aos profissionais de enfermagem novas oportunidades de modificar a conduta da enfermagem relativamente à mulher e à maternidade, para aperfeiçoar a forma como os cuidados são prestados.

Assim sendo, e reconhecendo a importância dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários e da sua relevância para a prevenção da doença e para os ensinamentos às mulheres grávidas e não grávidas, desenvolveu-se o seguinte Projeto de Graduação, intitulado “Conhecimento dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários sobre síndrome HELLP”.

Neste sentido, a investigação desenvolvida visa alcançar respostas para as seguintes questões: “Qual o conhecimento que os enfermeiros dos cuidados de saúde primários possuem sobre patologia hipertensiva?”; “Será que os enfermeiros dos cuidados de saúde primários possuem conhecimento sobre o síndrome HELLP na gravidez?”; “Será que os enfermeiros dos cuidados de saúde primários possuem conhecimento sobre a prevenção e os fatores de risco do síndrome HELLP na gravidez?”; e, por fim, “Que importância atribuem os enfermeiros dos cuidados de saúde primários ao conhecimento sobre o Síndrome HELLP na gravidez?”.

Para a avaliação do domínio sobre esta temática, foi aplicado um questionário a enfermeiros que exercem funções no Centro de Saúde da Senhora da Hora - Matosinhos, tendo sido obtida uma amostra de 16 profissionais.

Os resultados obtidos demonstram que os enfermeiros possuem conhecimentos, relativos à temática estudada.

Uma das sugestões, face aos resultados, é intervir ao nível da formação, no sentido de prevenir potenciais situações de risco que possam ser detetadas nos cuidados de saúde

primários, uma vez que, não as reconhecendo, torna-se impraticável agir em conformidade.

Palavras-chave: conhecimento; enfermeiros dos cuidados de saúde primários, pré-eclâmpsia; síndrome HELLP.

Abstract

The practice of nursing continues to evolve and adapt to changing health priorities of society. The systems that provide health care are changing, offering to nurses new opportunities to modify the practice of nursing to women and maternity and to improve the way care is provided.

Therefore, and recognizing the importance of nurses of primary health care and its implications for prevention and the teachings to pregnant and nonpregnant women, it was developed the following Graduation Project, entitled "Knowledge of nurses from primary health care on HELLP syndrome".

In this sense, the research developed aims to achieve answers to the following questions: What is the knowledge that nurses in primary health care have on hypertensive disease?; Do nurses from primary health care have knowledge of the HELLP syndrome in pregnancy?; Do nurses of primary health care have knowledge about prevention and risk factors for HELLP syndrome in pregnancy?; Which importance would nurses of primary health care give to the knowledge of HELLP syndrome in pregnancy? ".

For the assessment of awareness, a questionnaire was applied to nurses practicing in health center Senhora da Hora - Matosinhos, having obtained a sample of 16 nurses. These instruments made it possible to analyze the existing knowledge and establish the importance of prevention.

The results show that nurses have knowledge concerning to the subject studied. One suggestion, given the results, is involved in training, in order to prevent potential risk situations that can be detected in primary care, since, not recognizing it is impracticable to act accordingly.

Keywords: knowledge; nurses of primary health care; preeclampsia; HELLP syndrome.

Agradecimentos

Ao estar a aproximar-se o final de mais uma etapa, torna-se fundamental expressar o meu agradecimento a todos aqueles que me ajudaram ao longo desta caminhada trabalhosa, que, nos mais variados momentos e de distintas formas, deram o seu precioso contributo.

Aos meus pais, que sempre me apoiaram, que tornaram possível esta realização pessoal e profissional, por todos os esforços que fizeram ao longo do meu percurso, por todo o amor que sempre me deram e por terem acreditado incessantemente em mim.

À minha irmã, que esteve sempre presente quando precisei, encorajando-me a continuar nos momentos mais difíceis.

Aos meus amigos, por estarem sempre comigo, nos bons tempos e nas alturas de maior desânimo, por me darem sempre apoio para ultrapassar as adversidades.

À Universidade Fernando Pessoa, que me acolheu e permitiu a concretização da minha Licenciatura.

A todos os docentes que intervieram no meu percurso académico, que sempre se encontraram disponíveis e prontos para ajudar.

Um especial agradecimento à professora Cátia Abreu, por ter aceitado ser minha orientadora, pelo acompanhamento e disponibilidade com que colaborou neste trabalho.

A todos, o meu carinho, a minha amizade e o meu muito obrigada.

Siglas e Abreviaturas

ACOG – *American College of Obstetricians and Gynecologists*;

aPPT – Tempo de tromboplastina parcial ativada;

CID – Coagulação intravascular disseminada;

CIPE – Classificação internacional para a prática de Enfermagem;

Cit. in – Citado em;

DLE – Decúbito lateral esquerdo;

DPPNI – Descolamento prematuro da placenta normalmente inserida;

e.g. – *exempli gratia*;

ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia;

FCF – Frequência cardíaca fetal;

HELLP – Hemolysis (H) ¹, elevated liver enzymes (EL) ², low platelet count (LP) ³;

HIG – Hipertensão induzida pela gravidez;

HTA – Hipertensão Arterial;

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez;

¹ Hemólise

² Elevação de enzimas hepáticas

³ Diminuição de plaquetas

LDH – Desidrogenase láctica;

MS – Ministério da Saúde;

NICE – *National Institute for Health and Clinical Excellence*;

p. – Página;

PA - Pressão arterial;

PAD – Pressão arterial diastólica;

PAS – Pressão arterial sistólica;

PE – Pré-eclâmpsia;

PEE – Pré-eclâmpsia/eclâmpsia;

RCF – Ritmo cardíaco fetal;

SNC – Sistema nervoso central;

TGO - Transaminase glutâmico-oxalacética;

TGP - Transaminase glutâmico-pirúvica;

TP – Tempo de protrombina;

UCC – Unidade de Cuidados Continuados;

UCE – Unidade de Cuidados de Enfermagem;

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados;

USF – Unidade de Saúde Familiar.

Índice

I.	Introdução.....	17
II.	Fase Conceptual.....	21
	1. Problema de Investigação	21
	2. Justificação do Tema	22
	3. Questões de Investigação	22
	4. Objetivos do Estudo.....	23
	5. Enquadramento teórico	24
	i. Conhecimento	24
	ii. Enfermagem dos cuidados de saúde primários	25
	iii. Hipertensão arterial e Gravidez.....	27
	iii.i. Hipertensão arterial crónica (associada à gravidez)	30
	iii.ii. Hipertensão Gestacional ou transitória da gravidez	30
	iii.iii. Hipertensão Crónica com pré-eclâmpsia sobreposta.....	31
	iii.iv. Hipertensão induzida pela gravidez.....	31
	iii.iv.1. Pré-eclâmpsia	31

iii.iv.2. Eclâmpsia	34
iii.iv.3. Síndrome HELLP	35
iv. Gestão de cuidados de Enfermagem.....	38
III. Fase metodológica.....	43
1. Meio.....	43
2. Ética na Investigação	43
3. Tipo de Estudo	44
4. População	45
5. Amostra.....	45
i. Processo de Amostragem	46
6. Variáveis em estudo.....	46
7. Instrumento de Colheita de Dados	47
8. Colheita de dados	47
i. Pré-teste.....	48
9. Tratamento e Análise de Dados	48

IV.	Fase Empírica	49
1.	Apresentação dos dados.....	49
i.	Caracterização do grupo da amostra.....	49
ii.	Conhecimento sobre patologia hipertensiva na gravidez com abordagem ao síndrome HELLP	51
2.	Discussão de resultados	64
V.	Conclusão	70
VI.	Referências Bibliográficas.....	72

Anexos

Instrumento de colheita de dados (Questionário)

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Definições da patologia hipertensiva da gravidez	29
Tabela 2 – Classificação da HTA na gravidez (Resumo)	29
Tabela 3 – Classificação de acordo com intensidade da trombocitopenia	36
Tabela 4 – Avaliação da Pressão Arterial	39
Tabela 5 – Cuidados de Enfermagem	41
Tabela 6 – Caracterização do grupo em estudo	50
Tabela 7 – Definição de pré-eclâmpsia.....	54
Tabela 8 – Sinais/sintomas de um quadro de pré-eclâmpsia.....	55
Tabela 9 – Definição do síndrome HELLP	57
Tabela 10 – Fatores de risco do síndrome HELLP	57
Tabela 11 – Prevenção do síndrome HELLP	61
Tabela 12 – Justificação da resposta acima indicada.....	63

Índice de Figuras

Figura 1 – Síndrome HELLP..... 35

Figura 2 – Órgãos-alvo afetados com complicações do síndrome HELLP 37

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Avaliação correta da pressão arterial.....	51
Gráfico 2 – Número de medições de PA que deverão ser efetuadas	52
Gráfico 3 – O que entendem por proteinúria significativa da gravidez	52
Gráfico 4 – Definição de hipertensão arterial na gravidez.....	53
Gráfico 5 – Domínio de conhecimentos sobre pré-eclâmpsia.....	53
Gráfico 6 – Onde foram adquiridos conhecimentos sobre pré-eclâmpsia	54
Gráfico 7 – Domínio de conhecimentos sobre síndrome HELLP	56
Gráfico 8 – Onde foram adquiridos conhecimentos sobre síndrome HELLP.....	56
Gráfico 9 – Associação do síndrome HELLP à elevação dos valores da pressão arterial	59
Gráfico 10 – Consideração se síndrome HELLP é mais frequente na gestação de termo	59
Gráfico 11 – Surgimento do síndrome HELLP	60
Gráfico 12 – Associação a taxas de morbidade e mortalidade materna e fetal significativas.....	60
Gráfico 13 – Existência de algum plano de ação no Centro de Saúde	61

Gráfico 14 – Referenciação para Cuidados de Saúde Diferenciados 62

Gráfico 15 – Importância do conhecimento sobre síndrome HELLP 62

I. Introdução

O Projeto de Investigação surge integrado no Plano Curricular do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa e constitui um requisito para a obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.

Segundo Fortin (1999, p.17):

“A investigação científica é em primeiro lugar um processo, um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem investigação.”

De acordo com Seaman (1987, *cit in* Fortin, 1999), a investigação é:

“ (...) um processo sistemático de colheita de dados observáveis e verificáveis, a partir do mundo empírico (o que nós conhecemos através dos nossos sentidos), com vista a descrever, explicar, prever ou controlar fenómenos.”

Toda a profissão tem por base um corpo de conhecimentos específicos aos quais só se pode chegar através da investigação.

O saber em enfermagem tem raízes na compreensão do ser humano, qualquer que seja o seu estado, em todas as suas vertentes - psicológica, espiritual e social -, e na perceção dos seus valores e crenças. Entre esses valores, destacam-se o saber ser, o saber estar, aprender, informar, saber prático ou técnico, científico e transformador. O desenvolvimento das competências deve-se refletir nas teorias das relações humanas, pelo que o “cuidar” deve ser o centro da reflexão.

Na realização do Projeto de Investigação, é necessária a escolha de um tema, tendo o seguinte sido selecionado após bastante reflexão e ponderação: “Conhecimento dos Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários sobre síndrome HELLP”.

A escolha deste tema surge uma vez que a área de Obstetrícia sempre foi de grande interesse e fascínio pessoal e pelo facto da patologia hipertensiva ser a complicação médica mais comum na gravidez, com destaque para o síndrome HELLP que revela ser uma entidade nosológica que carece de uma abordagem singular, dada a grande morbilidade e mortalidade materno-fetal a que pode estar associado. A sua pertinência e gravidade advêm igualmente da ocorrência de hemólise e destruição plaquetária, o que confere um risco considerável nas gestantes que o desenvolvem. As medidas clínicas e terapêuticas a implementar dependem do reconhecimento desta patologia, bem como da magnitude das alterações clínicas e laboratoriais identificadas. O síndrome HELLP pode ser potencialmente fatal quer para a mãe quer para o feto.

Neste contexto, para iniciar uma investigação, torna-se fulcral determinar o caminho e a meta a atingir. Para a presente investigação, recorrer-se-á a um estudo descritivo simples, de metodologia quantitativa, realizado em meio natural.

A questão de investigação levantada para o desenvolvimento deste estudo é “Qual o conhecimento dos Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários sobre o síndrome HELLP na gravidez?”.

Sendo a investigação resultante do interesse e curiosidade do Homem, e tendo esta como grande objetivo a aquisição de novos conhecimentos, com a elaboração deste trabalho pretende-se:

- Identificar o conhecimento dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários sobre patologia hipertensiva;

- Identificar o conhecimento dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários sobre o síndrome HELLP na gravidez;
- Indagar o conhecimento dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários sobre a identificação de fatores de risco e possibilidade de prevenção do síndrome HELLP na gravidez;
- Compreender qual a importância atribuída pelos enfermeiros dos cuidados de saúde primários ao conhecimento do síndrome HELLP na gravidez.

E para tal, delinearam-se as seguintes questões de investigação:

- “Qual o conhecimento que os enfermeiros dos cuidados de saúde primários possuem sobre patologia hipertensiva?”;
- “Será que os enfermeiros dos cuidados de saúde primários possuem conhecimento sobre o síndrome HELLP na gravidez?”;
- “Será que os enfermeiros dos cuidados de saúde primários possuem conhecimento sobre a prevenção e os fatores de risco do síndrome HELLP na gravidez?”;
- “Que importância atribuem os enfermeiros dos cuidados de saúde primários ao conhecimento sobre o Síndrome HELLP na gravidez?”.

A amostra é constituída por 16 enfermeiros que exercem funções no Centro de Saúde da Senhora da Hora – UCSP da Senhora da Hora, USF Lagoa, USF Caravela, UCC Senhora da Hora e UCE. Como instrumento de colheita de dados, foi optado um questionário aplicado à respectiva amostra no dia 24 de Maio de 2012.

O presente estudo divide-se em cinco partes fundamentais:

- Introdução;
- Fase conceptual, onde se efetuou a revisão bibliográfica que sustenta o estudo;
- Fase metodológica, que desenvolve a metodologia de investigação;
- Fase empírica, na qual são apresentados, analisados e discutidos os resultados;
- Conclusão.

Dos resultados obtidos, a partir dos questionários, demonstra-se que os Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários, presentes na amostra, possuem conhecimentos sobre o síndrome HELLP.

Verificou-se que, apesar de alguns enfermeiros possuírem, de facto, conhecimentos, outros não, não sendo, por isso, homogéneo.

Com a realização deste Projeto de Graduação, constatou-se a existência de uma necessidade de implementação de ações de formação e de uma atualização daqueles que possuem conhecimentos. É necessário haver uma sensibilização e motivação dos enfermeiros em relação à problemática, para potenciais situações de risco.

II. Fase Conceptual

Para Fortin (1999, p.47) a fase conceptual “trata da etapa da escolha de um domínio e investigação e da enunciação de uma questão que diga respeito a esse domínio.”

Segundo a mesma autora (1999, p.39):

“Conceptualizar refere-se a um processo, a uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma conceção clara e organizada do objeto de estudo.”

1. Problema de Investigação

Segundo Fortin (1999, p.48):

“Qualquer investigação tem por ponto de partida uma situação considerada como problemática, isto é, que causa um mal-estar, uma irritação, uma inquietação, e que, por consequência, exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado.”

Sendo que a etapa inicial do processo da investigação consiste em encontrar um domínio de investigação que interesse ou preocupe o investigador e se revista de importância para a disciplina, neste processo de investigação, intitulado de “Síndrome HELLP na gravidez: Conhecimento dos Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários”, e tendo em conta a pertinência e a viabilidade que um estudo deverá abarcar, a questão de investigação definida é: “Qual o conhecimento dos Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários sobre o síndrome HELLP na gravidez?”.

Esta é uma temática de grande interesse pessoal, uma vez que a área obstétrica é extremamente interessante e é mais complexa do que algumas pessoas poderão pensar. De facto, podendo esta grave patologia ocorrer ao longo da gestação e mesmo no período pós-parto (normalmente até ao sexto dia) (Graça, 2010), é necessário que os

enfermeiros dos cuidados de saúde primários saibam identificar fatores de risco e reconhecer as características deste síndrome, para que, de certa forma, possibilitem a sua prevenção ao máximo ou permitam a orientação da gestante às entidades competentes, no caso da patologia se ter instalado. Desta forma, pode-se minorar complicações na gravidez atual e evitar consequências nefastas em gestações futuras.

Apesar de não ser uma patologia frequentemente falada, não é tão raro acontecer quanto se julga, uma vez que pode afetar até 10% das gestantes com pré-eclâmpsia (Graça, 2010). Com frequência, as gestantes recorrem aos Centros de Saúde com queixas de náuseas, mal-estar geral, edemas, cefaleias acompanhadas ou não de perturbações visuais, não necessariamente relacionadas com aumento da PA. Outras vezes, deteta-se, durante a prestação dos cuidados primários, proteinúria associada a elevação tensional. Urge assim o conhecimento científico sobre o que pode cursar com esta entidade clínica para implementar a correta orientação. Não obstante, o síndrome HELLP está associado a taxas de morbimortalidade maternas e perinatais consideráveis, pelo que é premente diagnosticar e atuar atempadamente.

2. Justificação do tema

A escolha deste tema foi primordialmente por gosto pessoal, uma vez que a Obstetrícia é uma área extremamente interessante e abrangente que exige um constante investimento por parte do enfermeiro. A escolha dos Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários deveu-se ao facto destes necessitarem possuir um vasto conhecimento sobre as diferentes vertentes da enfermagem, mormente no âmbito da Obstetrícia, uma vez que estes se encontram na primeira linha de ação na prevenção e no acompanhamento da grávida nos períodos gestacional e puerperal.

3. Questões de Investigação

“As questões de investigação são as premissas sobre as quais se apoiam os resultados de investigação.” (Talbot, *cit in* Fortin, 1999). Para Fortin (1999, p.40), “as questões de

investigação são enunciados interrogativos precisos, escritos no presente e que incluem a ou as variáveis em estudo.” Além de conduzirem o presente estudo, estas fornecem uma maior objetividade dos aspetos a abordar. Assim sendo, as questões orientadoras deste estudo são:

- “Será que os enfermeiros dos cuidados de saúde primários possuem conhecimento sobre o Síndrome HELLP na gravidez?”;
- “Será que os enfermeiros dos cuidados de saúde primários possuem conhecimento sobre a prevenção e os fatores de risco do Síndrome HELLP na gravidez?”;
- “Que importância atribuem os enfermeiros dos cuidados de saúde primários ao conhecimento sobre o Síndrome HELLP na gravidez?”;
- “Qual o conhecimento que os enfermeiros dos cuidados de saúde primários possuem sobre patologia hipertensiva?”.

4. Objetivos do Estudo

Na perspetiva de Fortin (1999, p.40), “o objetivo é um enunciado que indica claramente o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo.” Segundo a mesma autora (p.100):

“O objetivo de um estudo indica o porquê da investigação. É um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível de conhecimentos estabelecidos no domínio da questão”.

Os objetivos traçados serão elaborados em função das questões de investigação elencadas anteriormente. Assim, os objetivos definidos encontram-se infra destacados:

- Identificar o conhecimento dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários sobre o síndrome HELLP na gravidez;
- Identificar o conhecimento dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários sobre a prevenção e os fatores de risco do síndrome HELLP na gravidez;
- Indagar qual a importância que os enfermeiros dos cuidados de saúde primários atribuem ao conhecimento do síndrome HELLP na gravidez;
- Determinar o conhecimento dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários sobre patologia hipertensiva.

5. Enquadramento teórico

i. Conhecimento

As competências que caracterizam uma profissão decorrem de um conjunto de conhecimentos organizados. A aquisição de competência profissional requer, pois, o domínio prévio ou paralelo dos fundamentos teóricos dessa competência.

A palavra conhecimento pode ser definida, como sendo o “conteúdo específico do pensamento com base em sabedoria adquirida ou em informação e competências aprendidas; domínio e reconhecimento da informação” (CIPE, 2003, p.45).

O conhecimento tem vindo a ser tentado definir por diversos autores, sendo que, de acordo com Rosini e Palmisano (*cit. in* Silva, 2009, p.103), “o conhecimento humano é tático e orientado para a ação, baseado em regras, individual, e está em constante mutação.” Para estes, a melhor definição de conhecimento baseia-se na competência, consistindo esta em cinco elementos: conhecimento explícito, habilidade, experiência, julgamento de valor e rede social.

Para Martins (2008, p.57), o conhecimento é:

“ (...) um reflexo da natureza no homem. Mas não é um reflexo simples, imediato, completo, mas sim uma série de abstrações, a formação de uma série de conceitos, leis, etc., e estes conceitos de leis, etc. (pensamento, ciência = “a ideia lógica”) abarcam condicionalmente, aproximadamente, o carácter universal, regido por leis, da natureza em eterno desenvolvimento e movimento”.

O conhecimento é reforçado através da prática diária, ou seja, pela execução do que foi aprendido teoricamente e observado. Através da aplicação prática, é possível determinar quais as dificuldades existentes e tentar arranjar alternativas para as combater e ultrapassar.

ii. Enfermagem dos cuidados de saúde primários

O futuro da saúde passa muito pela prestação dos cuidados de saúde a um nível primário, sendo que, de acordo com Collière (2003, p.263):

“Entende-se por cuidados de saúde primários os cuidados de saúde essenciais, universalmente acessíveis a todos os indivíduos e a todas as famílias da comunidade, por meios que lhes são aceitáveis, com a sua plena participação a um custo acessível para a comunidade e para o país.”

Segundo o parecer nº12/2011 do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros e:

“ reconhecendo que os cuidados de saúde primários são o pilar fundamental do sistema de saúde, o Decreto-Lei nº28/2008, de 22 de Fevereiro, refere que a criação do ACES tem por objetivo «dar estabilidade à organização da prestação de cuidados de saúde primários, permitindo uma gestão rigorosa, equilibrada, ciente das necessidades das populações e, acima de tudo, prevê-se a melhoria no acesso aos cuidados de saúde para se poderem alcançar maiores ganhos em saúde» conjuntando cuidados de proximidade com qualidade.”

É irrealizável a definição de natureza dos cuidados de enfermagem sem se identificar o fundamento dos cuidados e, entre eles, dos cuidados de enfermagem. Porque fazem parte de um conjunto de atividades de cuidados, estes são uma atividade quotidiana e constante da vida. (Collière, 1999)

Na perspetiva de Collière (1999, p.235),

“ (...) cuidar é um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia mas é, igualmente, um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais.”

Os enfermeiros são um importante grupo profissional nos serviços de saúde do país. Quando existe escassez dos mesmos, isso é refletido na qualidade dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos e nas relações interprofissionais. O enfermeiro, como integrante da equipa de saúde, atua na promoção, na prevenção e na recuperação da saúde da população.

Segundo a Branco e Ramos (2001), em cuidados de saúde primários, a enfermagem integra o processo de promoção de saúde e prevenção de doença, evidenciando-se as atividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade.

A gravidez caracteriza-se por ser um período de mudanças físicas e emocionais, determinando que o principal objetivo de acompanhamento pré-natal seja o acolhimento de medo, angústias, fantasias ou, simplesmente, à curiosidade de saber o que acontece com o seu corpo (Moura e Rodrigues, 2003). Os mesmos autores referem que, o mais importante para a equipa e, em particular, para o enfermeiro que presta cuidado às gestantes no pré-natal, é conhecer o que está a acontecer com elas e saber que, por

detrás de toda a pergunta, aparentemente ingénua, feita por uma grávida, poderão existir importantes demandas emocionais latentes.

iii. Hipertensão arterial e Gravidez

A hipertensão arterial (HTA) é a complicação médica mais comum da gravidez, sendo um contributo significativo para a morbilidade e mortalidade materna e perinatal. Atualmente, a HTA induzida pela gravidez (HIG) é considerada como um sintoma de uma doença multissistémica característica do período gestacional nos humanos, designada genericamente por pré-eclâmpsia (PE). A PE é uma complicação que ocorre em cerca de 9 a 22% de todas as gestações (*American College of Obstetricians and Gynecologists* [ACOG], 2002; Martin *et al*, 2005, *cit. in* Lowdermilk et Perry, 2008). A taxa tem aumentado consistentemente em cerca de 30% a 40% desde 1990, apesar de se terem verificado mudanças desde 2000 em todas as idades, raças e grupos étnicos. A taxa atual é de 37,4 por cada 1000 nados vivos (Martin *et al*, 2005, *cit. in* Lowdermilk et Perry, 2008).

A distribuição etária da patologia hipertensiva exacerba-se nos extremos da idade reprodutiva, com as mulheres com idades inferiores a 18 anos e superiores a 40 anos a apresentarem taxas mais elevadas de ocorrência de hipertensão. Outros fatores, entre os quais a etnia materna, parecem influenciar as taxas de hipertensão associadas à gravidez (Martin *et al*, 2005, *cit. in* Lowdermilk et Perry, 2008). Nos Estados Unidos, a PE está em segundo lugar relativamente a acontecimentos embólicos como causa de mortalidade materna e é responsável por quase 15% destas mortes (*National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy* [Working Group], 2000, *cit. in* Lowdermilk et Perry, 2006). A hipertensão (crónica e gestacional) complicando a gravidez parece também aumentar o risco de um parto por cesariana. (*cit. in* Lowdermilk et Perry, 2006)

A HTA na gravidez constitui um problema clínico cuja abordagem é diferente da utilizada na população não grávida. A classificação dos estados hipertensivos da

gravidez e a terminologia adoptada tem sido confusa e pouco consensual, usando vários termos para classificar diferentes manifestações clínicas do mesmo processo patológico.⁴

Segundo Graça (2010), as razões subjacentes à estreita relação entre gravidez e HTA não estão completamente esclarecidas, apesar do grande esforço de investigação que tem sido desenvolvido neste campo. Sabe-se, no entanto, que, em grande parte dos casos, a vigilância adequada durante a gestação pode impedir ou atenuar o aparecimento de complicações graves, bem como a instituição atempada de atitudes terapêuticas nos momentos corretos parece contribuir para a preservação do bem-estar fetal e materno.

O mesmo autor refere que o síndrome hipertensivo induzido ou agravado pela gravidez pode apresentar-se inicialmente com sintomas e sinais comuns a outras situações nosológicas como, por exemplo, epigastralgias, púrpura ou alterações visuais; o não reconhecimento da situação de base pode resultar num adiamento das medidas terapêuticas necessárias ao controlo precoce do quadro, agravando o prognóstico materno e fetal.

As recentes *guidelines* do *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) (2010) sobre a temática em questão promovem a existência de uma boa comunicação e interação entre os profissionais de saúde e as grávidas. Estas devem ser apoiadas por evidências baseadas em informação escrita, em função das necessidades das mulheres. As informações fornecidas às mulheres sobre este assunto devem ser culturalmente adaptadas e em função de outras necessidades, mormente físicas, sensoriais e de aprendizagem.

É considerada HTA na gravidez quando um dos seguintes critérios está presente em três observações espaçadas, no mínimo, por 6 horas:

⁴ Vigilância pré-natal: Protocolos do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, U.A.G da Mulher e da Criança, Hospital de S. João, EPE

1. Pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg;
2. Pressão arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg.

De acordo com a orientação do ACOG, revista em 1990 pelos *National Institutes of Health* dos EUA, e o *Consensus Report* publicado em 2000, com ligeiras adaptações, a HTA associada à gravidez define-se e classifica-se como se indica na Tabela 1 e se resume na Tabela 2.

Tabela 1 – Definições da patologia hipertensiva da gravidez

Pré-eclâmpsia	Aparecimento de HTA associada a proteinúria e/ou edema patológico (do tipo nefrótico), após a 20ª semana de gravidez em mulheres previamente normotensas.
Eclâmpsia	Quadro de pré-eclâmpsia complicado por convulsões ou coma, desde que excluídas outras causas (e.g., epilepsia).
Pré-eclâmpsia/eclâmpsia sobrepostas	Aparecimento de quadro de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia em grávidas com HTA pré-existente à gravidez.
Hipertensão crónica	Quadro de HTA pré-existente à gravidez ou que se manifesta pela primeira vez antes da 20ª semana de gestação, independentemente da causa, e que persiste após a 6ª semana pós-parto.
Hipertensão gestacional (ou HTA transitória da gravidez)	Quadro de HTA que ocorre na segunda metade da gravidez ou nas primeiras 24 horas pós-parto, sem outros sinais de pré-eclâmpsia (nomeadamente proteinúria); os valores tensionais normalizam até ao 10º dia pós-parto.

Fonte: National High Blood Pressure Education Program. Consensus Report of the Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2000; 183:51-518

Tabela 2 – Classificação da HTA na gravidez (Resumo)

- **HTA induzida pela gravidez**
 - **Pré eclâmpsia**
 - Moderada
 - Grave
 - **Eclâmpsia**

- **HTA crónica (ou pré-existente à gravidez)**
 - Qualquer etiologia
 - **HTA gestacional (ou HTA transitória da gravidez)**
 - **HTA crónica agravada pela gravidez**
 - Sobreposição de pré-eclâmpsia
 - Sobreposição de eclâmpsia
 - **HTA não classificável**
-

Fonte: National High Blood Pressure Education Program. Consensus Report of the Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2000; 183:51-518

iii.i. Hipertensão arterial crónica (associada à gravidez)

A HTA crónica associada à gravidez tem uma prevalência de 1-5%, estando associada a aumento da morbimortalidade materno-fetal. Cerca de 85% das mulheres hipertensas que engravidam virão a tolerar bem a gestação. As complicações maternas mais frequentes que poderão advir são a PE sobreposta (25%) e o descolamento prematuro de placenta normalmente inserida (DPPNI, também designado por *abruptio placentae*) (2,3%) estando o seu risco substancialmente aumentado nos casos de HTA crónica consideradas de alto risco. As complicações fetais e neonatais (morte fetal e perinatal, prematuridade, restrição de crescimento fetal) estão intimamente relacionadas com as complicações maternas. Na maioria das situações a HTA crónica é de baixo risco e a evolução materno-fetal é idêntica à da população em geral. (Ramalho, 2012)

iii.ii. Hipertensão Gestacional ou transitória da gravidez

A HTA transitória da gravidez é uma situação clínica de bom prognóstico materno e fetal que não carece de cuidados significativos e que habitualmente é corrigida com repouso e evicção de fatores de *stress*, desde que mantida monitorização e vigilância conveniente da pressão arterial. (Graça, 2010)

iii.iii. Hipertensão Crónica com pré-eclâmpsia sobreposta

Segundo Graça (2010), as gestantes com HTA crónica grave ou com fatores de risco associados têm uma elevada probabilidade de complicarem para PE, cujo quadro se instala mais precocemente do que nas mulheres previamente normotensas.

O mesmo autor refere que, esta situação é definida nas grávidas com antecedentes de HTA por uma elevação brusca da PAS ≥ 30 mmHg e da PAD ≥ 15 mmHg acima dos valores anteriores com aparecimento da proteinúria ou agravamento se já existia antes das 20 semanas. A elevação das enzimas hepáticas, a trombocitopenia ou a instalação de sintomas de PE grave constituem outros indicadores de sobreposição de PE.

O prognóstico materno-fetal é mais reservado comparativamente às grávidas previamente normotensas que desenvolveram quadro de pré-eclâmpsia durante a gestação. (Graça, 2010)

iii.iv. Hipertensão Induzida pela gravidez

iii.iv.1. Pré-eclâmpsia

A PE é descrita como um processo patológico vasoespástico multissistémico geralmente reconhecido pelo aparecimento “de novo” de HTA (i.e., numa mulher previamente normotensa) e proteinúria na segunda metade da gravidez (ACOG, 2002; Working Group, 2000). Complica cerca de 2-3% de todas as gravidezes (5-7% nas múltiparas) e cerca de 2% destas desenvolvem eclâmpsia (Ramalho, 2012).

De acordo com Graça (2010), apesar de ainda não estar devidamente esclarecida a etiopatogenia da pré-eclâmpsia, sabe-se que existe uma incompleta e imperfeita invasão das artérias espiraladas pelo trofoblasto na altura da placentação, sendo que estas alterações refletir-se-ão numa perfusão uteroplacentária diminuída e no compromisso

funcional das células endoteliais. Mesmo sabendo que o diagnóstico nem sempre é fácil, não restam dúvidas que a PE é uma doença específica da gravidez que se caracteriza pela diminuição da perfusão de órgãos vitais e que é reversível com o fim da gestação.

A PE predispõe a mulher para complicações potencialmente fatais, incluindo eclâmpsia, *abruptio placentae*, coagulação intravascular disseminada (CID), insuficiência renal aguda, insuficiência hepática, síndrome de dificuldade respiratória do adulto e hemorragia cerebral. Contribui de modo significativo para a morte fetal intra-uterina e para a mortalidade perinatal (*Working Group*, 2000). As causas de morte perinatal relacionadas com a pré-eclâmpsia são insuficiência uteroplacentária e *abruptio placentae* que podem condicionar morte intra-uterina, parto pré-termo e baixo peso à nascença (Roberts, 2004). (*cit. in* Lowdermilk et Perry, 2008)

A PE é uma doença com maior incidência nas nulíparas e está associada a maior gravidade nas gestantes pertencentes a estratos sociais mais baixos, nas quais os cuidados pré-natais tendem a ser menos eficientes. No que concerne à idade, as gestantes nos extremos da vida reprodutiva apresentam maior incidência de PE. O risco é também muito evidente quando existem antecedentes familiares com esta entidade clínica. Outras patologias crónicas como a diabetes e a hipertensão estão muitas vezes associadas a PE. Também certos quadros obstétricos que cursam com rápido crescimento uterino (e.g., mola hidatiforme), acrescem o risco de PE. Em suma, a maioria das situações supracitadas estão associadas a esta patologia hipertensiva por vários motivos:

- 1) Perfusão útero-placentária deficiente:
 - a. Vasculopatia (diabetes, HTA crónica)
 - b. Aumento do tónus ou da distensão uterina (nuliparidade, hidrâmnios)
- 2) Aumento das necessidades de perfusão (gravidez gemelar, mola hidatiforme).

Segundo Graça (2010), os sinais clínicos da PE antecedem, em geral, o aparecimento dos sintomas. Podem manifestar-se por qualquer ordem, mas é mais comum aparecer

primeiro o edema (ou aumento súbito do peso corporal), seguindo-se a elevação da PA e a proteinúria. Em situações graves de PE pode ocorrer anasarca.

Na maior parte dos casos, a gravidade da PE reflecte-se na HTA, sendo esta o sinal cardinal da PE. Desta forma, a classificação da PE em moderada e grave baseia-se, essencialmente, nos valores tensionais. No entanto, têm sido observadas complicações importantes da PE (nomeadamente o aparecimento de convulsões) associadas a elevações tensionais modestas ou mesmo com valores da PA dentro dos limites de variação considerados normais na mulher grávida. As medições da PA devem ser feitas corretamente, com a grávida sentada ou em decúbito lateral esquerdo. A perda de proteínas pela urina, principalmente de albumina, pode aparecer simultaneamente com a elevação tensional ou, mais caracteristicamente, só ocorre alguns dias depois do aumento da PA, mas não é incomum observarem-se casos de PE sem proteinúria significativa ou apenas com discretos vestígios (Graça, 2010).

Existem diversos outros sinais e sintomas associados à PE, nomeadamente (Graça, 2005):

- Epigastralgia e/ou dor no hipocôndrio direito, causados por edema hepático ou hemorragia subcapsular do fígado (relacionam-se, habitualmente, com a agravamento da situação clínica, podendo preceder o desencadeamento de convulsões);
- Cefaleias, atribuíveis ao edema cerebral, com localização predominantemente frontal, embora, por vezes, também referenciada na região occipital;
- Perturbações da visão, podendo variar desde os escotomas até à amaurose;
- Oligúria ou anúria, provocadas pelo agravamento das lesões glomerulares, constituindo sinais de mau prognóstico;
- Disfunção hepatocelular, que, quando significativa, indica sempre uma situação grave (como, por exemplo, o síndrome HELLP);

- Hiper-reflexia, resultante da irritabilidade do SNC, que precede, habitualmente, as convulsões;
- Convulsões, provocadas pelo edema cerebral, pelo aumento da pressão intracraniana e/ou pelas hemorragias perivasculares no SNC, podendo ocorrer antes, durante ou nas primeiras 48 horas após o parto.

Só o término da gestação põe fim a uma situação de pré-eclâmpsia/eclâmpsia (PEE), mas o desfecho materno e perinatal dependerá do momento da gestação em que tal vier a ocorrer e da gravidade da situação clínica.

iii.iv.2.Eclâmpsia

A eclâmpsia é a forma mais grave dos quadros hipertensivos induzidos pela gravidez, associada a disfunção multiorgânica. Caracteriza-se pelo surgimento de atividade convulsiva na grávida com PE, na ausência de outras condições neurológicas pré-existentes (hemorragia cerebral, enfarte cerebral, entre outras). A sua incidência é variável mas estima-se que seja inferior a 1%. Ocorre mais frequentemente nos extremos da vida reprodutiva. Aproximadamente metade dos casos ocorre antes das 36 semanas de gravidez (pré-hospitalização). Em 45% dos casos ocorre intra-parto ou nas primeiras 24h após. Em cerca de 15% pode surgir no período compreendido entre as 48h e as 4 semanas após o parto. (Vigilância pré-natal)

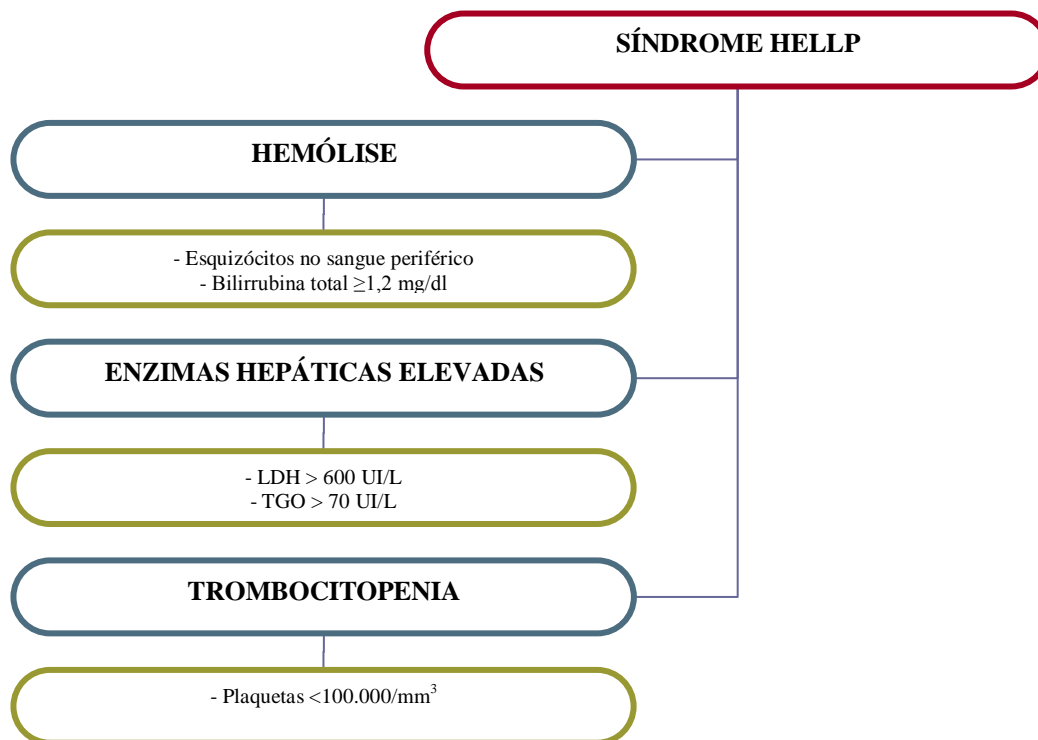
A apresentação inicial da eclâmpsia é diversa: um terço das mulheres desenvolve-a durante a gravidez; um terço durante o trabalho de parto; e um terço nas primeiras 72 horas após o parto (Emery, 2005). (*cit. in* Lowdermilk et Perry, 2008)

A morbidade e mortalidade materna é muito elevada, essencialmente por hemorragia do SNC e insuficiência renal aguda, bem como do feto / recém-nascido por imaturidade e asfixia perinatal.

iii.iv.3.Síndrome HELLP

O síndrome HELLP foi descrito por Louis Weinstein em 1982 e denominado dessa forma por assumir características particulares: (H) por hemólise; (EL) por elevação dos valores das enzimas hepáticas; (LP) por trombocitopenia (*vide* Figura 1).

Figura 1 – Síndrome HELLP



Legenda: LDH - Desidrogenase láctica; TGO - transaminase glutâmico-oxalacética

Fonte: Sibai BM. *The HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets): Much ado about nothing?* Am J Obstet Gynecol 1990; 76:737

Este quadro clínico apresenta-se em 5-10% das gestações com PE grave, sendo que estas percentagens variam de acordo com várias publicações. Esta disparidade relaciona-se com o diagnóstico correto de PE grave, já que os seus sintomas podem ser confundidos com patologias do foro gástrico (e.g., fígado gordo agudo da gravidez, gastrite, hepatite aguda), transtornos da coagulação (e.g., púrpura trombótica

trombocitopénica, síndrome hemolítico-urémico, CID) e outras. Por norma, a grávida com alterações hematológicas e aumento das enzimas hepáticas deve ser abordada primariamente como tendo uma situação induzida pela gravidez (Graça, 2010). Quando manifestado durante a gestação, o síndrome HELLP é muito mais frequente longe do termo. Além disso, em cerca de um terço dos casos, manifesta-se no período pós-parto (desde algumas horas até ao 6º dia, com média às 48h), sucedendo habitualmente em puérperas com quadros de PE anteparto.

Segundo Martin e col. (*cit. in* Lowdermilk et Perry, 2008), a gravidade do síndrome HELLP e as medidas terapêuticas a implementar dependem da magnitude das alterações clínicas e laboratoriais encontradas, pelo que definiram uma classificação de acordo com a intensidade da trombocitopenia (*vide* Tabela 3):

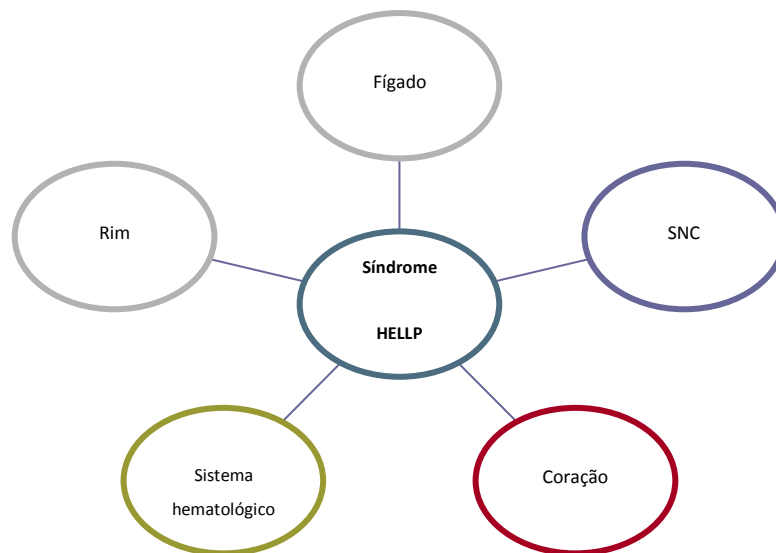
Tabela 3 – Classificação de acordo com intensidade da trombocitopenia

Categoria	Plaquetas
HELLP classe 1	Plaquetas $\leq 50\,000/\text{mm}^3$
HELLP classe 2	Plaquetas $> 50\,000/\text{mm}^3$ e $\leq 100\,000/\text{mm}^3$
HELLP classe 3	Plaquetas $> 100\,000/\text{mm}^3$

Fonte: Martin JN Jr, Blake PG, Lowry SL, e col. Pregnancy complicated by preeclampsia-eclampsia with the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count. How rapid is postpartum recovery? *Obstet Gynecol* 1990; 76:737.

É bastante amplo o espectro de complicações graves da gestação associados ao síndrome HELLP, havendo repercussões sistémicas, preferencialmente ao nível dos seguintes órgãos-alvo afetados (*vide* Figura 2):

Figura 2 – Órgãos-alvo afetados com complicações do síndrome HELLP



Legenda: SNC - Sistema Nervoso Central.

Fonte: Graça, LM. Síndrome HELLP e situações clínicas relacionadas. In *Medicina materno-fetal*. 4ª ed; cap. 47, pp. 546-553. Lidel. Lisboa, 2010.

A apresentação clínica do síndrome HELLP é muito polimorfa, estando descritos os sintomas/sinais infracitados nas grávidas de modo muito variável:

- Mal-estar geral (98%);
- Epigastralgias e/ou dor no hipocôndrio direito (65 a 90%);
- Náuseas, acompanhadas ou não de vômitos (50-70% das gestantes);
- Edema e HTA grave (em metade dos casos);
- CID (20-40%);
- Proteinúria significativa (85%).

Todavia, é necessário sublinhar que cerca de 15 a 30% das grávidas podem cursar com valores tensionais normais ou ligeiramente elevados e com proteinúria negativa ou insignificante.

Pelas razões expressas, a dificuldade no diagnóstico e na implementação de medidas atempadas clínico-terapêuticas conduz a uma taxa de morbilidade e mortalidade significativas para a mãe e o feto. O descolamento da placenta normalmente inserida (DPPNI) é a complicação mais frequente associada ao síndrome HELLP quando se desencadeia um quadro de CID. Outras consequências maternas envolvem insuficiência renal aguda, edema pulmonar e lesão hepática, havendo estudos que apontam taxas de mortalidade materna entre 3,5 a 10,5%. As principais causas de mortalidade perinatal, oscilando entre 7 a 12% dos casos, são o DPPNI, a asfixia perinatal e a prematuridade extrema.

iv. Gestão de Cuidados de Enfermagem

De acordo com Collière (1999, p.15), “a profissão de enfermagem, como outros ofícios ou profissões, qualifica como cuidados a prestação que oferece, cuidados esses muito recentemente denominados cuidados de enfermagem.”

É determinante a deteção precoce da doença, para que se possa prevenir as catastróficas sequelas para a mãe e para o feto. Desta forma, é efetuada uma avaliação inicial a cada mulher, na primeira consulta pré-natal, para deteção de fatores etiológicos. (Lowdermilk et Perry, 2008)

O enfermeiro revê o processo de admissão da mulher e o registo pré-natal. Conduz a entrevista para clarificar, aumentar ou completar o processo. Este revê a história médica, nomeadamente a presença de diabetes *mellitus*, doença renal e hipertensão, assim como estuda e explora a história familiar relativamente à ocorrência de pré-eclâmpsia ou doenças hipertensivas, diabetes *mellitus* e outras doenças crónicas. Os sistemas de apoio da mulher, o seu estado nutritivo, as crenças, o nível de atividade e os

estilos de vida (p. ex., tabagismo, alcoolismo e uso de substâncias ilícitas), são possíveis de determinar através da história social e experimental. (Lowdermilk et Perry, 2008)

Esta revisão dos diferentes sistemas permite ter dados de base que possibilitem a deteção de alterações de hipertensão arterial e presença de proteinúria. (Lowdermilk et Perry, 2008)

Deve-se verificar se a mulher apresenta cefaleias fora de comum, frequentes ou severas, distúrbios visuais ou dor epigástrica, podendo haver aumento de peso anormal ou fora do padrão, bem como a intensificação de sinais de edema mesmo atendendo que estes possam não ser sinais específicos de pré-eclâmpsia. (Lowdermilk et Perry, 2008)

É necessário que haja, por parte dos profissionais que cuidam de grávidas, uma consistência na execução e registo das avaliações da pressão arterial de modo padronizado (*vide* Tabela 4), sendo que os aparelhos electrónicos de avaliação da pressão arterial são menos rigorosos em estados de aumento de fluxo como a gravidez ou em estados hipertensivos ou hipotensivos.

Tabela 4 – Avaliação da Pressão Arterial

- Avaliar a pressão arterial com a mulher sentada (se em ambulatório) ou em decúbito lateral esquerdo com o braço ao nível do coração;
- Após o posicionamento, proporcionar à mulher pelo menos 10 minutos de repouso antes de avaliar a PA para permitir o relaxamento;
- Não deve ter usado tabaco ou cafeína 30 minutos antes da avaliação da PA;
- Avaliar a PA sempre no mesmo braço;
- Manter o braço numa posição horizontal sensivelmente ao nível do coração;
- Usar uma braçadeira de dimensões adequadas (deve cobrir cerca de 80% do braço ou ser 1,5 vezes superior ao comprimento do mesmo);
- Manter uma desinsuflação lenta e constante;

- Calcular a média das 3 avaliações com pelo menos 6 horas de intervalo para minimizar as variações dos registos de pressão arterial ao longo do tempo;
- Usar a fase V Korotkoff (desaparecimento do som) para registar o valor diastólico (algumas fontes recomendam registar tanto a fase IV [abafamento do som] como a fase V);
- Usar equipamento preciso. O esfigmomanómetro manual é o aparelho mais rigoroso;
- Se alternar aparelhos electrónicos e manuais, ter cuidado na interpretação dos diferentes valores obtidos.

Fonte: Lowdermilk, D., Perry, S. (2008) *In Enfermagem na Maternidade*. 7ªEd; cap.23; pp.757. Loures, Lusodidacta

Não é importante avaliar e observar só a hipertensão, pois a avaliação do edema justifica outras investigações quanto à distribuição, grau e depressão. (Lowdermilk et Perry, 2008)

Para ajudar no diagnóstico de PE, síndrome HELLP ou hipertensão crónica são colhidas amostras de sangue e de urina. Apesar de, atualmente, não se conhecerem exames laboratoriais que permitam prever o desenvolvimento de PE, os de rotina são úteis no seu diagnóstico precoce e possibilitam a comparação dos resultados obtidos de modo a avaliar a progressão e a gravidade da doença. Desta forma, é colhida uma amostra de sangue para avaliar o processo de doença, mormente o seu efeito nas funções renal e hepática, realizando os seguintes testes: (Lowdermilk et Perry, 2008)

- Hemograma completo (incluindo contagem de plaquetas);
- Estudos de coagulação (incluindo tempo de hemorragia, tempo de protrombina [TP], tempo parcial de tromboplastina parcial ativada [APPT], e fibrinogénio;
- Enzimas hepáticas (desidrogenase láctica [LDH], TGO, transaminase glutâmico-pirúvica [TGP]);
- Perfil bioquímico (ureia, creatinina, glicose e ácido úrico);
- Tipo de sangue e provas de compatibilidade.

Segundo Lowdermilk et Perry (2008):

“As acções de enfermagem têm por base o tratamento médico, as diretivas dos prestadores de cuidados e os diagnósticos de enfermagem. O tratamento mais eficaz é a prevenção. Os cuidados pré-natais precoces, essenciais para otimizar os resultados quer perinatais quer maternos são identificar as mulheres de risco e reconhecer e comunicar os sinais e sintomas de alarme.”

Todo o apoio emocional e psicológico é indispensável para ajudar a mulher/família a lidar com a situação, uma vez que a perceção do processo de doença, das razões da sua ocorrência e dos cuidados prestados, influenciarão a colaboração e a participação no tratamento. É necessário que a família utilize mecanismos de *coping* e sistemas de apoio para contornar esta situação de crise. É determinante um plano de cuidados especificamente dirigido à grávida com distúrbios hipertensivos, pois é fundamental nos cuidados de enfermagem durante o trabalho de parto.

Ao longo da evolução da PE ao síndrome HELLP, os cuidados de enfermagem a desempenhar vão sendo diferentes, nomeadamente (*vide* Tabela 5):

Tabela 5 - Cuidados de Enfermagem

Pré-eclâmpsia moderada

- Impedir o agravamento da situação, através da vigilância dos sinais/sintomas, monitorização da PA, manutenção de um ambiente seguro;
 - Repouso no leito em decúbito lateral esquerdo (DLE);
 - Dieta rica em proteínas sem restrição de sal;
 - Peso diário;
 - Avaliação da PA 4x/dia;
 - Monitorização do ritmo cardíaco fetal (RCF);
 - Verificar proteinúria;
 - Verificar balanço hídrico;
 - Verificar edemas;
-

- Indagar sobre a ocorrência de cefaleias, perturbações visuais e dor epigástrica;
- Reduzir a estimulação sensorial;
- Apoio à utente e família para reduzir a sua ansiedade;
- Orientação da utente;
- Administração de medicação quando prescrita.

Eclâmpsia

- Introdução de tubo de Mayo;
- Aspirar secreções;
- Administrar oxigénio por máscara;
- Registo de sinais vitais;
- Posicionar em DLE;
- Cateterização de uma veia;
- Administração de terapêutica prescrita.

Síndrome HELLP

- Avaliar o estado da grávida (sinais/sintomas de síndrome HELLP);
- Avaliar o bem-estar fetal (monitorização da frequência cardíaca fetal – FCF);
- Ajudar na estabilização da grávida;
- Preparar para o parto.

Fonte: Lowdermilk, D., Perry, S. (2008) *In Enfermagem na Maternidade*. 7ªEd; cap.23. Loures, Lusodidacta

III. Fase Metodológica

Para Fortin (1999, p.131), a fase metodológica consiste “ (...) em precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que ditará as atividades conducentes à realização da investigação.”

1. Meio

Para ocorrer um estudo de investigação, é necessário definir um local em função da temática a investigar. Como tal, o meio designado para a recolha de dados residiu nas instalações do Centro de Saúde da Senhora da Hora e respetivas valências, na cidade de Matosinhos, sendo este um meio natural. Aqui, encontram-se Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários, que são o alvo pretendido para atingir os resultados. Para que o estudo seja efetuado, é necessário “obter a colaboração e as autorizações necessárias das comissões de investigação e de ética” (Fortin, 1999, p.132).

2. Ética na Investigação

Segundo Fortin (1999), a ética avalia a conduta humana sobre normas, leis, valores, atitudes e comportamentos das pessoas, dos grupos e da sociedade. Tal facto torna a ética “ (...) um conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta.” (p.114)

A investigação, quando incide o seu estudo em seres humanos, pode causar danos nos direitos e liberdades dos indivíduos. Para tal, foram determinados, através dos códigos de ética, cinco direitos fundamentais que devem ser respeitados durante a investigação: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo e por último o direito a um tratamento justo e equitativo (Fortin, 1999).

Para a realização deste estudo de investigação estes direitos foram tidos como fio condutor de modo a respeitar os diversos direitos inerentes à condição humana de todos os indivíduos que participaram neste trabalho. Foi solicitada autorização, que foi informalmente dada pela coordenadora.

3. Tipo de Estudo

Num estudo de investigação, a decisão ou a escolha do tipo de estudo é uma das etapas mais importantes no processo de investigação, visto que, através deste, serão alcançadas as respostas fiáveis à questão de investigação.

De acordo com Fortin (1999, p.133)

“ (...) descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação vise descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade”.

As opções metodológicas a seguir neste estudo foram delineadas em função do problema definido e dos objetivos pretendidos. Desta forma surgiu um estudo que tem por base uma metodologia do tipo descritivo simples, inserido num método de investigação quantitativo e qualitativo. Pretende-se determinar os conhecimentos dos Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários sobre o Síndrome de HELLP.

Segundo a mesma autora (p.161),

“ (...) os estudos descritivos visam obter mais informações, quer seja sobre as características de uma população, quer seja sobre os fenómenos em que existem poucos trabalhos de investigação”.

Refere ainda que (p.163),

“o estudo descritivo simples consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta”.

Sendo um estudo de abordagem quantitativa, de acordo com Fortin (1999, p.22)

“ (...) um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objetivos, de acontecimentos e fenómenos que existem independentemente do investigador.”

4. População

Segundo Fortin (1999, p.41), uma população “ (...) compreende todos os elementos que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo.”

Desta forma, a população alvo será composta por 35 Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários, pertencendo estes ao Centro de Saúde da Senhora da Hora, em Matosinhos, uma vez que esta “ (...) é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos (...) ” (Fortin, 1999, p.202).

5. Amostra

Segundo Fortin (1999, p.41), “ (...) uma amostra é um subconjunto de elementos ou de sujeitos tirados de uma população que são convidados a participar no estudo. É uma réplica em miniatura, da população alvo”.

Neste estudo, a amostra é constituída pelos Enfermeiros que trabalham no Centro de Saúde da Senhora da Hora, Matosinhos, sendo que 16 responderam ao questionário.

i. Processo de Amostragem

O processo de amostragem permite escolher os sujeitos que integrarão o estudo de investigação. Dos vários tipos de amostragem, o método eleito é a amostragem não probabilística accidental porque, “ (...) é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso (...) ”. (Fortin, 1999, p.208)

6. Variáveis em Estudo

Segundo Fortin (1999), as variáveis são características, qualidades de pessoas que são estudadas numa investigação.

“As variáveis podem ser classificadas de diferentes maneiras, de acordo com a sua utilização numa investigação”. (Fortin, 1999, p.37). Desta forma, e sendo um estudo de metodologia descritiva, é necessário definir quais as variáveis atributo, que são “características dos sujeitos de um estudo, que serve para descrever uma amostra” (Fortin, 1999, p.376), sendo estas:

- Idade;
- Género;
- Grau académico;
- Anos de exercício da profissão;

Como variável dependente, sendo esta “ (...) o comportamento, a resposta ou o resultado observado (...)” (Fortin, 1999, p.37), tem-se:

- Conhecimento dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários sobre síndrome HELLP.

7. Instrumento de colheita de dados

Uma recolha de dados adequada é fundamental para uma investigação atingir o objetivo ambicioso.

Foi escolhido aplicar um questionário de modo a ajudar a “ (...) organizar, a normalizar e a controlar dados (...) ” (Fortin, 1999, p.249), pois um questionário é um método baseado em respostas escritas a um conjunto de questões.

O questionário é constituído por uma folha introdutória que visa apresentar o tema do estudo, sendo frisado o pedido de colaboração e a existência do anonimato.

A parte I do questionário pretende caracterizar a amostra através de cinco perguntas, sendo uma de resposta fechada e as restantes quatro de resposta aberta. A II parte aborda o conhecimento dos Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários sobre o síndrome HELLP e é constituída por 16 questões, sendo oito de resposta fechada, quatro de resposta mista e as restantes quatro de resposta aberta.

O instrumento de colheita de dados foi aplicado no dia 24 de Maio no Centro de Saúde da Senhora da Hora, em Matosinhos.

8. Colheita de dados

Segundo Fortin (1999, p.261) “ O processo de colheita de dados consiste em colher de forma sistemática a informação desejada junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos para este fim.”

i. Pré-teste

De acordo com Fortin (1999, p. 253) “ (...) o pré-teste consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população (...) ”, para que se possa verificar se as questões colocadas são claras e compreendidas. O objetivo primordial do pré-teste é avaliar a eficácia e pertinência do questionário (Fortin, 1999).

Assim, o pré-teste deste questionário foi aplicado a uma pequena amostra randomizada constituída por três enfermeiros. Após o seu preenchimento, não se verificou a necessidade de fazer alterações, não tendo sido revelada por parte dos sujeitos intervenientes, dificuldade no seu preenchimento. A duração da sua realização foi de, aproximadamente, 15 minutos.

9. Tratamento e Análise de Dados

Posteriormente à colheita de dados através da aplicação do questionário, é necessário proceder ao tratamento estatístico dos dados recolhidos. A análise estatística dos dados foi executada através da utilização do programa Microsoft Excel para ambiente Windows.

No tratamento e análise quantitativa, procedeu-se à elaboração da estatística descritiva, com recurso à determinação de frequências absolutas, de medidas de tendência central (média, moda e mediana) e de medidas de dispersão (desvio-padrão).

As questões abertas foram organizadas de acordo com as respostas obtidas e, tratadas quantitativamente.

Os dados são apresentados sob forma de tabelas e gráficos.

IV. Fase Empírica

1. Apresentação dos dados

Após aplicar os questionários e recolher os dados obtidos, torna-se fundamental organizar a informação, de forma a torná-la útil.

i. Caracterização do grupo da amostra

Citando Fortin (1999, p.277):

“A análise dos dados de qualquer estudo que comporte valores numéricos começa pela utilização de estatísticas descritivas que permitem descrever as características da amostra na qual os dados foram colhidos e descrever os valores obtidos pela medida das variáveis.”

A amostra em estudo foi constituída por 16 enfermeiros do Centro de Saúde da Senhora da Hora – UCSP da Senhora da Hora, USF Lagoa, USF Caravela, UCC Senhora da Hora, UCE. Destes, 13 eram do sexo feminino e três do sexo masculino. Quinze possuem licenciatura, entre os quais, três possuem especialidade e um possui mestrado. Dos inquiridos, doze são enfermeiros generalistas (os que possuem apenas licenciatura), dois são especialistas em Enfermagem Comunitária, um em Saúde Infantil e outro apresenta mestrado em Ciências da Saúde. As idades dos inquiridos compreendem-se entre os 26 e os 41 anos. A média de idades foi de aproximadamente 34 anos (33,7), a mediana situa-se entre 33 e 34 (mínimo de 26 e máximo de 41). A moda é de 31, e o desvio padrão de 10,62. Dos 16 inquiridos, a grande maioria exerce entre os seis e os dez anos.

Tabela 6 – Caracterização do grupo em estudo (N=16)

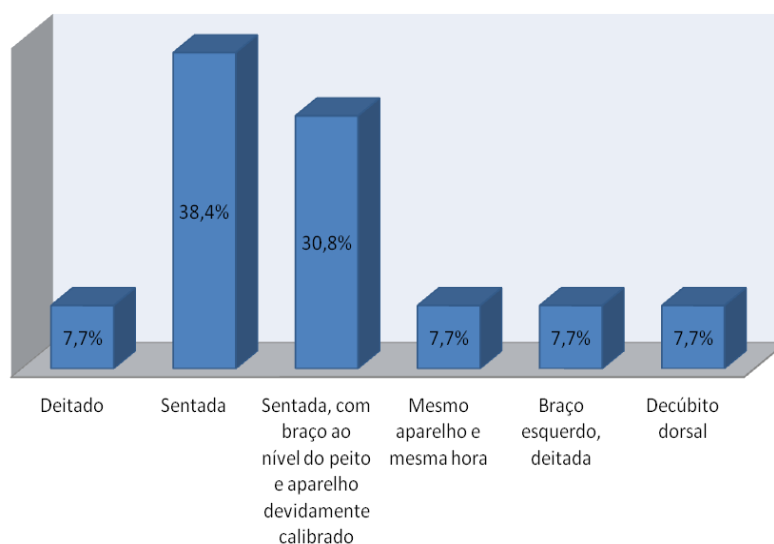
	N	%
Género		
Feminino	13	81,2%
Masculino	3	18,8%
Total	16	100,0%
Idade		
20 – 29	3	18,8%
30 - 39	10	62,4%
40 - 49	3	18,8%
Total	16	100,0%
Grau académico		
Licenciatura	12	74,9%
Especialidade	3	18,8%
Mestrado	1	6,3%
Total	16	100,0%
Área científica		
Generalista	12	75,0%
Enfermagem Comunitária	2	12,4%
Saúde Infantil	1	6,3%
Ciências da Saúde	1	6,3%
Total	16	100,0%
Anos de profissão		
< 5	2	12,5%
6 - 10	8	50,0%
11 – 15	2	12,5%
16 - 20	4	25,0%
Total	16	100,0%

ii. Conhecimento sobre patologia hipertensiva na gravidez com abordagem ao síndrome HELLP

Nesta segunda parte do questionário, pretende-se identificar quais os conhecimentos que os enfermeiros dos cuidados de saúde possuem relativamente à patologia hipertensiva na gravidez, com abordagem ao síndrome HELLP.

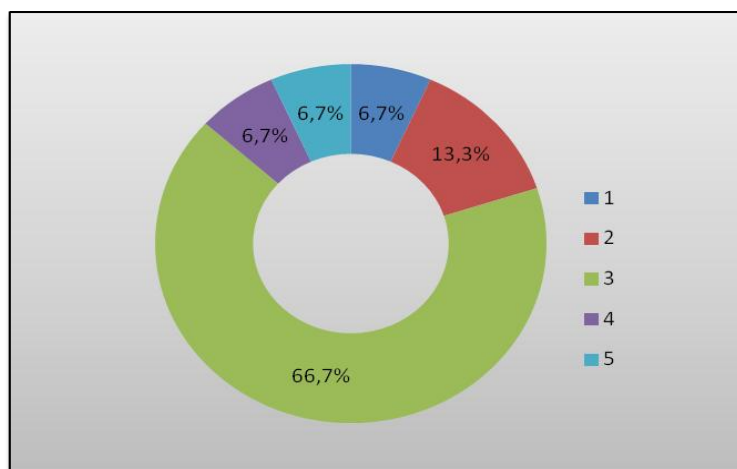
De seguida, irão ser apresentados os resultados obtidos nas 16 questões pertencentes a esta parte do questionário.

Gráfico 1 – Avaliação correta da pressão arterial



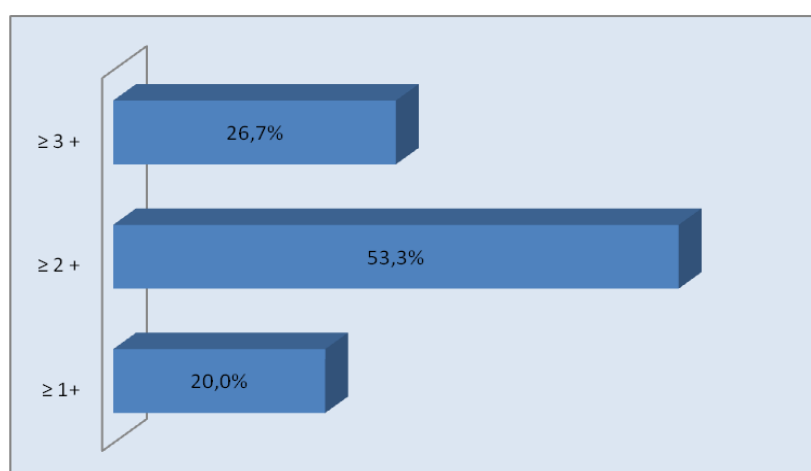
Dos 16 indivíduos a quem foi entregue o questionário apenas 13 responderam a esta questão, sendo que 38,5% respondeu que a avaliação deveria ser efetuada com a utente sentada; 30,8% que esta deveria ser feita com a utente sentada, com braço ao nível do peito e o aparelho devidamente calibrado; as restantes respostas (7,7%, correspondendo esta percentagem a uma pessoa individual) foram as seguintes: deveria ser efetuada deitada; mesmo aparelho e mesma hora; braço esquerdo, deitada; e em decúbito dorsal.

Gráfico 2 – Número de medições de PA que deverão ser efetuadas



Dos inquiridos, houve um que não respondeu, sendo que dos restantes, 67,7% respondeu que deveriam ser efetuadas três medições para a avaliação ser correta; 13,3% respondeu que deveriam ser feitas duas avaliações da PA; 6,7% que deveriam ser efetuadas quatro avaliações, outros 6,7%, que deveriam ser cinco, e, por fim, 6,7% afirmou ser necessária apenas uma avaliação da pressão arterial.

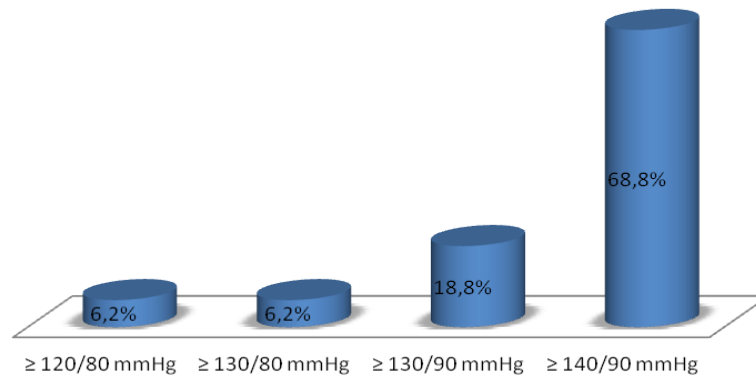
Gráfico 3 – O que entendem por proteinúria significativa da gravidez



Tal como na prévia questão, um dos inquiridos não respondeu, sendo que dos que responderam, 53,3% considera proteinúria significativa da gravidez, quando o resultado

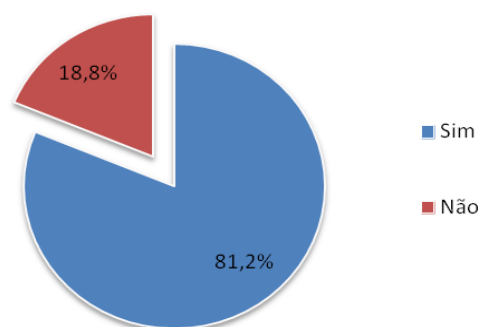
do teste rápido de urina é $\geq 2+$; 26,7% considera que o resultado do teste é $\geq 3+$; e os restantes 20,0% responderam que o teste deve dar $\geq 1+$.

Gráfico 4 – Definição de Hipertensão Arterial na gravidez



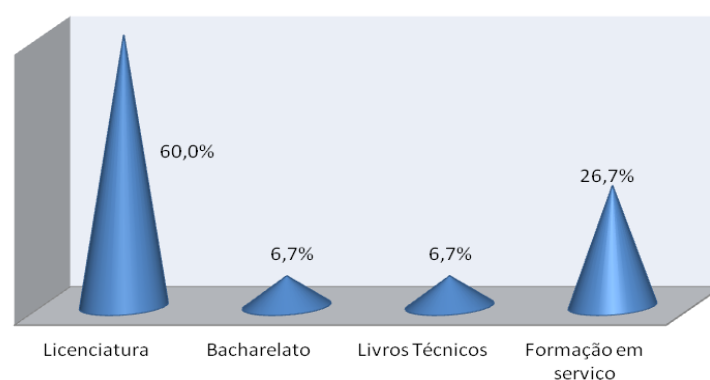
De todos os inquiridos, todos responderam, sendo que as respostas foram maioritariamente (68,8%) que a definição de Hipertensão Arterial na gravidez seria quando existisse PAS/PAD $\geq 140/90$ mmHg; dos restantes, 18,8% afirmaram que seria quando PAS/PAD $\geq 130/90$ mmHg; 6,3% responderam que PAS/PAD deveria ser $\geq 120/80$ mmHg; e por último, 6,3% afirmou que esta seria $\geq 130/80$ mmHg.

Gráfico 5 – Domínio de conhecimentos sobre pré-eclâmpsia



Como se pode verificar, 81,2% (corresponde a 13 inquiridos) afirma ser possuidor de conhecimentos relativamente à PE, enquanto 18,8% (três inquiridos) responde não possuir. Relativamente a esta questão, os enfermeiros que não responderam são todos profissionais há mais de 10 anos (16, 18 e 19), sendo que dois são do sexo feminino e o outro, do sexo masculino; dois possuem licenciatura (16 e 18 anos de carreira) e o outro possui mestrado, sendo que exerce há 19 anos.

Gráfico 6 – Onde foram adquiridos conhecimentos sobre pré-eclâmpsia



Dos 13 indivíduos que responderam afirmativamente à questão anterior, 60,0% adquiriu os conhecimentos aquando da licenciatura, 26,7% em formação em serviço, e os restantes através de livros técnicos ou no bacharelato.

Tabela 7 – Definição de pré-eclâmpsia

Definição de pré-eclâmpsia	N	%
Aumento da pressão arterial (Q1; Q2; Q3; Q5; Q7; Q8; Q9; Q14; Q15; Q16)	10	43,5%
Proteinúria (Q1; Q2; Q3; Q15; Q16)	5	21,7%
Aumento de peso (Q1; Q2; Q3; Q15)	4	17,4%
Retenção de líquidos (Q14; Q16)	2	8,7%
Edema (Q16)	1	4,3%

Alteração da enzimas hepáticas (Q9;	1	4,3%
-------------------------------------	---	------

Dos enfermeiros possuidores de conhecimento sobre PE, a maioria das respostas enquadra-se na existência de um aumento da PA (43,5%), sendo as restantes: existência de proteinúria (27,7%), aumento de peso (17,4%), retenção de líquidos (8,7%), edema (4,3%), alteração das enzimas hepáticas (4,3%).

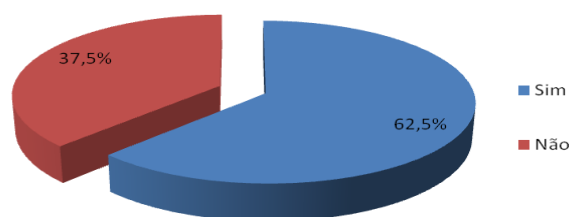
Tabela 8 – Sinais/sintomas de um quadro de pré-eclâmpsia

Sinais/sintomas de um quadro de pré-eclâmpsia	N	%
HTA (Q4; Q5; Q6; Q7; Q8; Q9; Q10; Q11; Q12; Q13; Q14; Q15)	12	25,0%
Edemas (Q1; Q2; Q3; Q5; Q6; Q8; Q9; Q10; Q13; Q15; Q16)	11	22,9%
Cefaleias (Q1; Q2; Q3; Q4; Q9; Q10; Q16)	7	14,6%
Agitação (Q1; Q2; Q3; Q15; Q16)	5	10,4%
Perda de consciência (Q1; Q2; Q3; Q15; Q16)	5	10,4%
Proteinúria (Q5; Q6; Q8; Q13)	4	8,3%
Visão turva (Q5)	1	2,1%
Perturbações gástricas (Q5)	1	2,1%
Taquicardia (Q11)	1	2,1%
Dor/desconforto abdominal (Q4)	1	2,1%

Legenda: HTA – Hipertensão arterial.

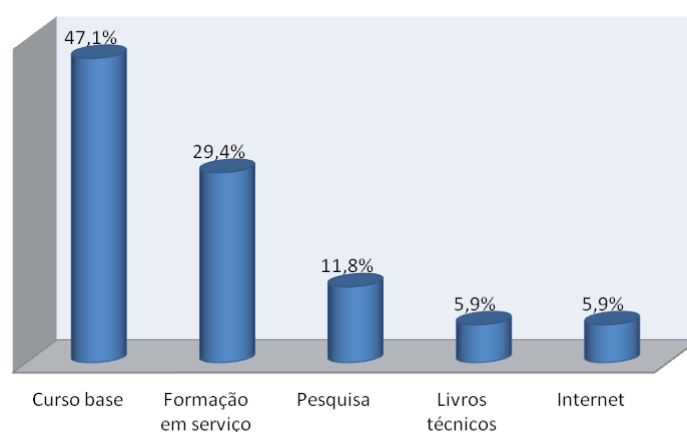
À questão “Indique sinais/sintomas que o façam suspeitar de um quadro de pré-eclâmpsia”, as respostas foram diversas, nomeadamente HTA (25,0%), edemas (22,9%), cefaleias (14,6%), agitação (10,4%), perda de consciência (10,4%), proteinúria (8,3%), visão turva (2,1%), perturbações gástricas (2,1%), taquicardia (2,1%) e dor/desconforto abdominal (2,1%).

Gráfico 7 – Domínio de conhecimentos sobre síndrome HELLP



De acordo com o gráfico, a maioria dos inquiridos, (n=10, 62,5%), afirma possuir conhecimento sobre o síndrome HELLP, verificando-se uma percentagem considerável de indivíduos (n=6, 37,5%) sem qualquer conhecimento. O perfil destes últimos é bastante heterogéneo, destacando-se o facto de quatro enfermeiros já exercerem a sua profissão há mais de dez anos, entre os quais dois são especialistas em enfermagem comunitária.

Gráfico 8 – Onde foram adquiridos conhecimentos sobre síndrome HELLP



Tal como ao nível do conhecimento sobre PE, relativamente ao síndrome HELLP, os possuidores de conhecimento, também o adquiriram ao nível do curso base (47,1%),

tendo os restantes adquirido através de formação em serviço (29,4%), pesquisa (11,8%), livros técnicos (5,9%) e internet (5,9%).

Tabela 9 – Definição de síndrome HELLP

Definição do síndrome HELLP	N	%
Hemólise (Q7; Q14; Q15; Q16)	4	18,2%
Trombocitopenia (Q7; Q14; Q15; Q16)	4	18,2%
Agravamento da pré-eclâmpsia (Q2; Q7; Q15; Q16)	4	18,2%
Alteração da função hepática (Q14; Q15; Q16)	3	13,7%
Alterações laboratoriais (Q2; Q3)	2	9,1%
Risco da mãe e bebé (Q1; Q6)	2	9,1%
Alteração dos eritrócitos e plaquetas (Q6)	1	4,5%
Leva à convulsão/coma (Q5)	1	4,5%
Hipertensão significativa (Q16)	1	4,5%

Através do gráfico apresentado, pode-se constatar que as respostas são diversas, sendo elas: hemólise (18,2%); trombocitopenia (18,2%); agravamento da PE (18,2%); alteração da função hepática (13,7%); alterações laboratoriais (9,1%); risco da mãe e bebé (9,1%); alteração dos eritrócitos e plaquetas (4,5%); leva à convulsão/coma (4,5%); e, por fim, hipertensão significativa (4,5%).

Tabela 10 – Fatores de risco do síndrome HELLP

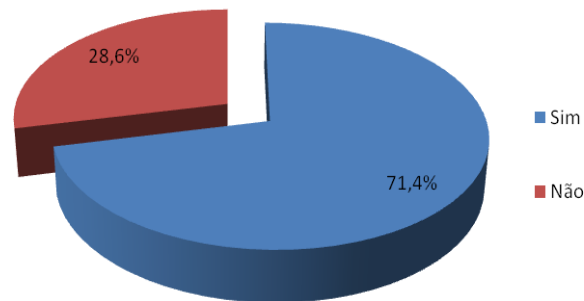
Fatores de risco do síndrome HELLP	N	%
Hipertensão (Q1; Q4; Q7; Q11; Q14)	5	13,9%
Morte materna (Q2; Q3; Q15; Q16)	4	11,1%
Falência cardíaca e renal (Q2; Q3; Q15; Q16)	4	11,1%
Edema agudo do pulmão (Q2; Q3; Q15; Q16)	4	11,1%
Falência hepática (Q2; Q15; Q16)	3	8,3%

Pré-eclâmpsia (Q1; Q6)	2	5,6%
Mulheres > 25 anos (Q1; Q4)	2	5,6%
Hemorragias (Q2; Q15)	2	5,6%
Raça caucasiana (Q4)	1	2,8%
2ª gestação (Q4)	1	2,8%
1ª gravidez ou gravidez gemelar (Q14)	1	2,8%
Diabetes <i>mellitus</i> (Q14)	1	2,8%
Lúpus (Q14)	1	2,8%
Nefropatia (Q14)	1	2,8%
Má alimentação (Q14)	1	2,8%
História anterior de s. HELLP ou PE (Q5)	1	2,8%
Trombocitopenia (Q11)	1	2,8%
<i>Stress</i> (Q11)	1	2,8%

Legenda: S. HELLP – síndrome HELLP; PE – pré-eclâmpsia

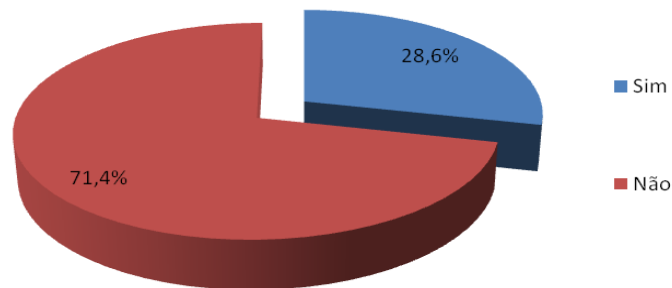
Relativamente à questão “Elenque fatores de risco do síndrome HELLP”, dos 11 inquiridos que responderam, existiu uma variedade de respostas, das quais a mais evidente é a existência de hipertensão (13,9%). Pode-se também salientar a morte materna (11,1%), falência cardíaca e renal (11,1%), edema agudo do pulmão (11,1%), seguido de falência hepática (8,3%). Hemorragias, mulheres com idade superior a 25 anos e PE também foram alguns dos fatores enunciados. Em menor percentagem (2,8%), tem-se também raça caucasiana, 2ª gestação, 1ª gravidez ou gravidez gemelar, ser portadora de diabetes *mellitus*, lúpus, nefropatia, má alimentação, história anterior de síndrome HELLP ou PE, trombocitopenia e *stress*.

Gráfico 9 – Associação do síndrome HELLP à elevação dos valores da pressão arterial



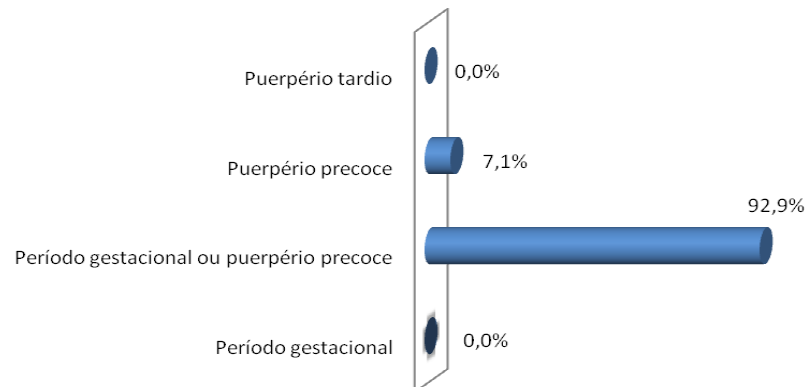
Dos inquiridos, apenas 14 responderam a esta questão, sendo que 71,4% destes considera haver sempre uma associação entre o síndrome HELLP e a elevação dos valores de PA, enquanto 28,6% não o considera.

Gráfico 10 – Consideração se síndrome HELLP é mais frequente na gestação de termo



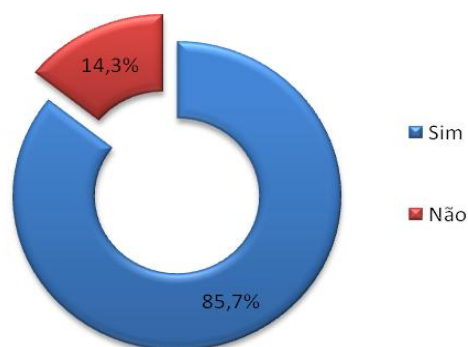
Apenas 87,4% dos inquiridos responderam a esta questão, dos quais 71,4% não acha que o síndrome HELLP seja mais frequente na gestação de termo e, por isso, não ser necessário disponibilizar mais cuidados de saúde nesta fase da gravidez.

Gráfico 11 – Surgimento do síndrome HELLP



A maioria dos inquiridos (apenas 14 responderam) afirma que o síndrome HELLP pode surgir em grávidas com PE durante o puerpério gestacional ou puerpério precoce (92,9%). Os restantes 7,1% responderam como ocorrendo no puerpério precoce.

Gráfico 12 – Associação a taxas de morbilidade e mortalidade materna e fetal significativas



Como se pode constatar, 85,7% (n=12) dos inquiridos considera que o síndrome HELLP se encontra associado a taxas de morbilidade e mortalidade materna e fetal significativas.

Tabela 11 – Prevenção do síndrome HELLP

Prevenção do síndrome HELLP	N	%
Indução do trabalho de parto (Q1; Q2; Q15; Q16)	4	17,4%
Monitorização de PA (Q1; Q5; Q11; Q14)	4	17,4%
Correcção de distúrbios maternos (Q2; Q15; Q16)	3	13,0%
Controlo analítico (Q7; Q11; Q14)	3	13,0%
Vigilância de sintomatologia (Q5; Q9)	2	8,7%
Repouso (Q1; Q14)	2	8,7%
IVG (Q3)	1	4,3%
Consultas e avaliação gestacional de rotina (Q4)	1	4,3%
Identificação precoce de sinais e sintomas (Q6)	1	4,3%
Vigiar edemas e proteinúria (Q5)	1	4,3%
Ingestão de líquidos (Q1)	1	4,3%

Legenda: IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez; PA – pressão arterial.

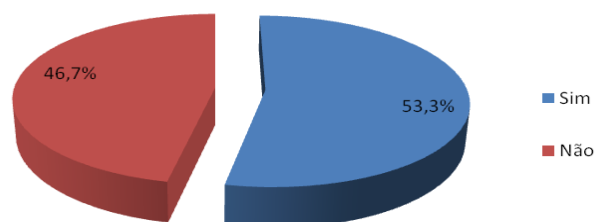
Perante a questão “Como atuar na prevenção do síndrome HELLP”, 12 dos enfermeiros questionados responderam, verificando-se uma heterogeneidade significativa quanto ao modo de atuação: indução do trabalho de parto e monitorização de PA (17,4%); correcção de distúrbios maternos e controlo analítico (13,0%); vigilância de sintomatologia e repouso (8,7%); interrupção voluntária da gravidez (IVG); consultas e avaliação gestacional de rotina; identificação precoce de sinais e sintomas; vigilância de edemas e proteinúria; e ingestão de líquidos (em percentagens inferiores).

Gráfico 13 – Existência de algum plano de ação no centro de saúde



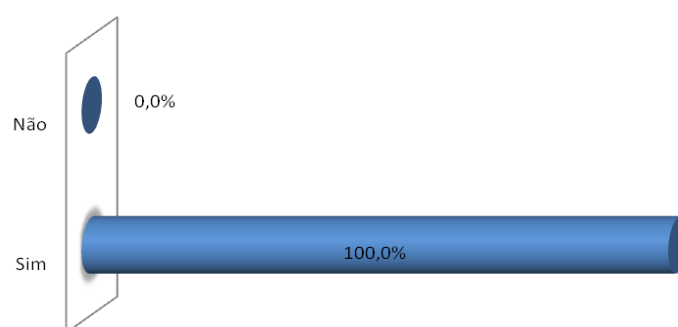
Relativamente à questão “Existe algum plano de ação na sua Unidade de Saúde Familiar perante este síndrome?”, verificou-se unanimidade nas respostas, com a constatação de não haver qualquer plano de ação implementado.

Gráfico 14 – Referenciação para Cuidados de Saúde Diferenciados



Dos inquiridos que responderam a esta questão (n=15), 53,3% afirma que na sua unidade é habitual referenciar gestantes com patologia hipertensiva ou suspeita de síndrome HELLP para os cuidados de saúde diferenciados, enquanto 46,7% declara que assim não acontece.

Gráfico 15 – Importância do conhecimento sobre síndrome HELLP



Como se pode verificar no quadro acima enunciado, todos os inquiridos que responderam a esta questão afirmam ser importante os enfermeiros dos cuidados de saúde primários possuírem conhecimento sobre o síndrome HELLP.

Quando solicitados que justificassem a resposta que deram relativamente à importância dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários possuírem conhecimento relativamente ao síndrome HELLP, as respostas variaram, tendo sido:

Tabela 12 – Justificação da resposta acima indicada

Justificação da resposta acima indicada	N	
“Para estar atentos aos sinais/sintomas e poderem encaminhar/referenciar utentes para cuidados diferenciados.” (Q1)	1	7,1%
“Para orientação precoce para cuidados diferenciados.” (Q2)	1	7,1%
“Para melhor cuidar a mãe nos cuidados referenciados.” (Q3)	1	7,1%
“É necessário agir com prontidão, eficiência e de forma segura para tal, é necessário ter conhecimentos para tal.” (Q4)	1	7,1%
“De modo a evitar morte materna ou/e fetal bem como complicações que daí possam advir.” (Q5)	1	7,1%
“Para identificação precoce desta situação e facilitar o seu tratamento, reduzindo morbilidade de mãe e bebé.” (Q6)	1	7,1%
“Os enfermeiros devem estar informados sobre esta temática, bem como qualquer outra que esteja relacionada com a saúde materno-fetal.” (Q7)	1	7,1%
“Como desconheço este síndrome, julgo importante conhecer para poder intervir.” (Q8)	1	7,1%
“Estando alerta para este síndrome, poderão aconselhar melhor as suas grávidas, prevenindo os efeitos secundários.” (Q11)	1	7,1%
“Para despiste de situações.” (Q12)	1	7,1%
“Como não detenho conhecimentos sobre a área, considero que uma formação e sensibilização dos profissionais seria uma mais valia para identificar os casos.” (Q13)	1	7,1%
“Para melhor adoptar atitude profissional.” (Q14)	1	7,1%
“Considero importante pois é uma forma de conseguirmos	1	7,1%

detetar precocemente situações de risco e encaminhar o mais precocemente as situações para os cuidados diferenciados.” (Q15)		
“Para uma possível referenciação para cuidados diferenciados.” (Q16)	1	7,1%

2. Discussão de resultados

Finalizada a análise dos dados obtidos, com a aplicação do questionário, é necessário que haja uma discussão dos resultados da informação obtida, à luz da fundamentação teórica realizada previamente.

É de carácter fundamental que esta fase exista, para que desta forma seja possível a compreensão de todo o trabalho elaborado, sintetizando os resultados obtidos, e realçando os aspetos mais relevantes e que melhor caracterizam e identificam a situação em análise.

O propósito deste estudo foi a avaliação dos conhecimentos sobre síndrome HELLP nos enfermeiros dos cuidados de saúde primários. Para isso, foi distribuído um questionário, para que se pudesse dar resposta às questões de investigação e aos objetivos propostos inicialmente, entre eles: determinar o conhecimento dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários sobre patologia hipertensiva; identificar o seu conhecimento sobre o síndrome HELLP na gravidez; averiguar o seu conhecimento sobre a prevenção e os fatores de risco do síndrome HELLP na gravidez; e compreender qual a importância atribuída ao conhecimento do síndrome HELLP na gravidez.

Em relação à caracterização da amostra em estudo, constata-se que as idades dos enfermeiros encontram-se compreendidas entre os 26 e os 41 anos, sendo que a média se encontra nos 34 anos (aproximadamente), e são maioritariamente do sexo feminino (n=13; 81,3%). A generalidade trabalha há mais de cinco anos (87,5%). Da amostra total, apenas três enfermeiros possuem especialidade (dois dos quais em saúde comunitária), sendo que a maioria possui apenas licenciatura (n=12) e um inquirido

possui mestrado. Dos enfermeiros especialistas, nenhum possui a especialidade de “Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia” (ESMO), o que poderia ser um fator influenciativo da amostra.

Na segunda parte do questionário, pretende-se determinar quais os conhecimentos que os enfermeiros dos cuidados de saúde primários possuem relativamente à patologia hipertensiva na gravidez, com abordagem ao síndrome HELLP.

Perante a determinação de saberem qual o número de medições de PA que deverão ser efetuadas, apesar de um não ter respondido à questão colocada, a maioria (66,7%) respondeu corretamente, afirmando que deveriam ser efetuadas três avaliações.

Relativamente ao entendimento dos enfermeiros sobre em que consiste a proteinúria significativa da gravidez, dos 15 enfermeiros que responderam, 53,3% respondeu que seria quando o resultado do teste à urina fosse $\geq 2 +$. No entanto, esta não será a resposta adequada, mas seria, sim, quando o resultado é $\geq 3 +$. Segundo Neme (2000), proteinúria significativa da gravidez é quando existe a presença de 300mg ou mais de proteína excretada na urina durante uma colheita feita em 24 horas, ou 0,3mg por litro de urina. “Numa amostra de urina de 24 horas a proteinúria é definida como uma concentração ≥ 300 mg/24 horas. Devido às discrepâncias entre uma amostra de urina e uma urina de 24 horas, esta é preferível para o diagnóstico” (Working Group, 2000). (*cit. in* Lowdermilk et Perry, 2008)

Quando foi solicitado que assinalassem quais os parâmetros tensionais em que se poderia considerar HTA na gravidez, a resposta maioritariamente obtida foi PAS/PAD $\geq 140/90$ mmHg, o que, de acordo com ACOG (2002) e Working Group (2000), se confirma, uma vez que “a hipertensão é definida como uma TA sistólica superior a 140 mmHg ou uma diastólica superior a 90 mmHG” (Lowdermilk et Perry, 2008). Segundo o manual “Normas de actuação na Urgência de Obstetrícia e Ginecologia”, a hipertensão é considerada “após a 20ª semana de gestação, em grávida normotensa

previamente à gravidez, valores de pressão arterial (PA) $\geq 140/90$ mmHg em duas medições intervaladas por 6h.”

Quando questionados sobre se seriam possuidores de conhecimentos sobre PE, 81,2% afirmou que sim, sendo que os conhecimentos foram essencialmente adquiridos a nível da formação de base, durante a licenciatura (60,0%). Quando solicitados que definissem PE, a resposta mais evidente foi a existência de aumento da PA (43,5%). Alguns parâmetros (proteinúria, edema), que compõe a definição e são pertinentes, foram pouco mencionados, o que pode revelar pouco conhecimento por parte dos profissionais. De acordo com ACOG (2002) e Working Group (2000), a PE é descrita como um processo patológico vasoespástico multissistémico geralmente reconhecido pelo aparecimento “de novo” de HTA (i.e., numa mulher previamente normotensa) e proteinúria na segunda metade da gravidez.

Ao analisar os sinais/sintomas indicados pelos enfermeiros que os fazem suspeitar de um quadro de PE, salienta-se a HTA, edemas, cefaleias, agitação, perda de consciência, proteinúria, visão turva, perturbações gástricas, taquicardia e dor/desconforto abdominal. De acordo com Graça (2005), os sinais/sintomas, são: epigastralgia e/ou dor no hipocôndrio direito, cefaleias, perturbações da visão, oligúria ou anúria, disfunção hepatocelular, hiper-reflexia e convulsões. Desta forma, pode-se dizer que, na generalidade, os enfermeiros foram capazes de identificar os sintomas.

Tal como relativamente à PE, os inquiridos foram questionados se seriam possuidores ou não de conhecimento sobre síndrome HELLP, sendo que 62,5% respondeu afirmativamente. Destes, o conhecimento foi essencialmente adquirido ao nível do curso base e de formações em serviço. Assim sendo, e quando solicitados para que definissem o mesmo, 18,2% referiu que era quando existia trombocitopenia, assim como agravamento da PE e hemólise. Também referiram alteração da função hepática (13,7%), seguida de alterações laboratoriais e risco da mãe e bebé (9,1%). Em menor percentagem, foram dadas outras respostas como alterações dos eritrócitos e plaquetas,

“leva à convulsão/coma” (4,5%) e hipertensão significativa (4,5%). Foram escassos os enfermeiros que foram de encontro com o que acontece neste síndrome.

Segundo as respostas obtidas, a amostra considera como fatores de risco do síndrome HELLP, a existência de HTA, morte materna, falência cardíaca e renal, edema agudo do pulmão, falência hepática, hemorragias, mulheres com idade superior a 25 anos, PE, raça caucasiana, 2ª gestação, 1ª gravidez ou gravidez gemelar, ser portadora de diabetes *mellitus*, lúpus, nefropatia, má alimentação, história anterior de síndrome HELLP ou PE, trombocitopenia e *stress*. Apesar de as respostas serem muito díspares e de algumas se distanciarem bastante do que acontece, parece que a maioria dos inquiridos não compreendeu a questão, dado que, em vez de explanarem os fatores de risco, responderam complicações e consequências associadas ao síndrome, que não era o pretendido.

A grande maioria dos questionados (71,4%) associou o síndrome HELLP à elevação dos valores de PA assim como também a mesma percentagem não relacionou este síndrome a uma maior frequência na gestação de termo, o que de facto, se coaduna com a literatura.

Relativamente ao período gestacional em que pode surgir o síndrome HELLP, a resposta que mais prevalece é o período gestacional ou puerpério precoce (92,9%). De acordo com o manual Vigilância pré-natal, aproximadamente metade dos casos ocorre antes das 36 semanas de gravidez (pré-hospitalização), sendo que em 45% dos casos ocorre intra-parto ou nas primeiras 24h após e em cerca de 15% pode surgir no período compreendido entre as 48h e as quatro semanas após o parto.

“O síndrome HELLP surge em aproximadamente 20% das mulheres com pré-eclâmpsia severa (ACOG, 2002; Emery, 2005) e está associada ao aumento de risco de morte materna. As taxas de mortalidade e perinatal vão de 7,4% a 20,4% com uma mortalidade materna na ordem de cerca de 1% (Sibai, 1990).” Isto pôde ser constatado nas respostas obtidas, uma vez que 85,7% dos inquiridos respondeu afirmativamente à

associação entre o síndrome e a taxas de morbilidade e mortalidade materna e fetal significativas. Esta evidência mostra que os enfermeiros estão conscientes da premência no reconhecimento deste síndrome.

Relativamente à prevenção do síndrome HELLP, apesar de a amostra não ter respondido toda, tem-se entre algumas das hipóteses, indução do trabalho de parto, monitorização de TA, correção de distúrbios maternos, controlo analítico, vigilância de sintomatologia, repouso, interrupção voluntária da gravidez, consultas e avaliação gestacional de rotina, identificação precoce de sinais e sintomas, vigiar edemas e proteinúria e ingestão de líquidos. Esta heterogeneidade pode dever-se ao facto de nem todos os enfermeiros saberem definir exatamente o conceito, o que torna complicado, posteriormente associar a formas de prevenção. A indução do trabalho de parto não é uma forma de prevenção, mas sim um possível modo de atuação, após a deteção. Relativamente à IVG, não se aplica.

Todos referiram não ter um plano de ação no centro de saúde perante este síndrome. No entanto, quando indagados se era habitual a referenciação de gestantes com patologia hipertensiva ou suspeita de síndrome HELLP para os cuidados de saúde diferenciados, 53,3% respondeu afirmativamente, parecendo adotar explicações contraditórias. Uma vez não existente nenhum plano de ação, coloca-se também a questão pertinente sobre o que é feito quando se deparam com uma suspeita deste síndrome, nomeadamente os enfermeiros que afirmam reconhecê-lo. Outra dúvida que se instala é relativa a aproximadamente metade dos inquiridos afirmarem que existe uma referenciação, enquanto outros dizem o oposto. Uma vez que o centro de saúde é o mesmo, as normas deveriam ser transversais, o que leva a crer que nem todos conhecem as normas patentes na instituição.

Perante a questão se consideravam importante os Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários possuírem conhecimento respetivo ao síndrome HELLP, todos os inquiridos responderam que sim. Justificando, essencialmente, que através do conhecimento,

poderão atuar melhor na prevenção e referenciação das grávidas, podendo prevenir possíveis complicações adjacentes.

Embora a amostra seja reduzida, não deixa de ser significativa no contexto em que o instrumento de colheita de dados foi aplicado. Pode-se constatar que as variáveis idade, género, grau académico e anos de exercício da profissão não estão diretamente associadas aos conhecimentos, mas sim o interesse que é demonstrado pela aquisição dos mesmos, nomeadamente através de formações em serviço e livros técnicos e/ou outras fontes de informação. É pertinente o investimento em formações para atualização dos conhecimentos dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários.

Como título de curiosidade, os enfermeiros que acertadamente definiram a PE, foram os mesmos relativamente ao síndrome HELLP, tendo alguns dos outros se distanciado do que era pretendido.

Relativamente à relação entre formações em serviço e o conhecimento, verificou-se que, embora alguns o tenham obtido nas mesmas, uns conseguiram adquirir o conhecimento devidamente, enquanto outros não.

V. Conclusão

Finalizado o Projeto de Graduação, é importante fazer uma reflexão de todas as conclusões que se obteve neste estudo.

Com este Projeto de Graduação pretendeu-se determinar o conhecimento dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários, particularmente do Centro de Saúde da Senhora da Hora, sobre o síndrome HELLP na gravidez. Considera-se um tema pertinente, uma vez que é uma complicação relativamente frequente na gravidez e, provavelmente, não existiria grande formação ao nível dos cuidados de saúde primários, quando é essencialmente nesta valência que se preconiza, primariamente, a prevenção.

Relativamente aos objetivos deste estudo, pode-se assumir como atingidos, uma vez que foi possível identificar o conhecimento dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários (deste centro de saúde, especificamente) sobre a temática em estudo.

Com este estudo, foi possível concluir que os enfermeiros possuem conhecimento sobre a temática em estudo.

Conclui-se igualmente que é necessário proceder à sensibilização dos enfermeiros para a problemática apresentada, para que desta forma se proceda a uma correta prevenção da mesma e a devida referenciação.

Como foi referido anteriormente, os enfermeiros são um importante grupo profissional nos serviços de saúde do país e, em cuidados de saúde primários, a enfermagem integra o processo de promoção de saúde e prevenção de doença, evidenciando-se as atividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade, devendo, por isso, ser possuidores do conhecimento necessário para atuar devidamente perante uma PE e/ou um síndrome HELLP.

Sugere-se que haja um maior investimento na formação dos profissionais de saúde, para que seja possível a deteção precoce de situações de risco e prevenir complicações que possam advir.

O presente estudo apresenta algumas limitações, relacionadas com o facto de se tratar de um primeiro trabalho de investigação científica e com a reduzida amostra, não deixando, todavia, de ser pertinente. Embora não seja possível generalizar os resultados e conclusões, pode-se estabelecer algumas conclusões. No entanto, este trabalho pretende também fomentar o interesse e despertar os sentidos para a vasta área da investigação em Enfermagem.

Pode-se afirmar que a elaboração do presente Projeto de Graduação permitiu à investigadora o aprofundamento dos conhecimentos relativos à área de investigação científica e proporcionou a aquisição de novos conhecimentos científicos a nível da investigação e da temática abordada.

Espera-se que o conteúdo deste trabalho suscite interesse e sensibilidade de quem o leia, pois cada vez mais a Enfermagem se distancia da componente de só saber fazer, indo cada vez mais ao encontro das três variantes “saber ser, saber estar e saber fazer”, onde o cuidar e as relações humanas se priorizam.

VI. Referências Bibliográficas

- Belo, L., Rebelo, J., Patrício, B. (2009). *Aspectos analíticos na Gravidez Normal e Patológica*. Lisboa. Lidel;
- CIPE (2003). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP*. Versão beta 2, 2ª Edição. Associação Portuguesa de Enfermeiros;
- Clode, N., Jorge, C., Graça, L. (2007). *Normas de actuação na Urgência de Obstetrícia e Ginecologia do HSM*. Hospital de Santa Maria;
- Collière, M. (1999). *Promover a vida*. Lisboa. Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses;
- Collière, M. (2003). *Cuidar ... A primeira arte da vida*. Lisboa. Edições técnicas e científicas;
- Fortin, M. (1999). *O processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda;
- Graça, L, *et al* (2010). *Medicina Materno-fetal*. 4ª Edição. Lisboa. Lidel;
- Leveno, K. *et al* (2007). *Williams Manual of Obstetrics: Pregnancy Complications*. Nova Iorque. McGraw-Hill Companies, Inc.;
- Lowdermilk, D., Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. Loures, Lusodidacta;

- Machado, M., Graça, L., Clode, N. (1993). *Síndrome HELLP na hipertensão associada à gravidez*. Acta Médica Portuguesa;
- Magwan, B., Owen, P., Drife, V. (2009). *Clinical Obstetrics & Gynecology*. Londres. Sounders Elsevier;
- Martin JN Jr, Blake PG, Lowry SL, e col. (1990) *Pregnancy complicated by preeclampsia-eclampsia with the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count. How rapid is postpartum recovery?*. Department of Obstetrics and Gynecology, University of Mississippi Medical Center, Jackson.
- Martins, M. (2008) – *Marx, Gramsci e o conhecimento: Ruptura ou continuidade?* Brasil: Autores associados;
- National High Blood Pressure Education Program. *Consensus Report of the Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy*. American Journal of Obstetrics & Gynecology;
- Neme, B. (2000) – *Obstetrícia Básica*. 2ª edição. São Paulo: Sarvier;
- Ramalho, C. (2012). Protocolos do serviço de Ginecologia e Obstetrícia U.A.G. da Mulher e da Criança, Hospital de S.João, EPE. *Vigilância Pré-natal*;
- Sibai, B. (1990) *The HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets): Much ado about nothing?* American Journal of Obstetrics and Gynecology;
- Sibai, B. (2004). Diagnosis, controversies, and management of the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count. *Obstetrics and Gynecology*;

- Silva, R. (2009), *@-Rh em um ambiente global e multicultural*; Guará, Senac Editora;
- Branco, A., Ramos, V. (2001). Cuidados de Saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. [Em linha]. Disponível em <<https://cms.ensp.unl.pt/www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-01-2001.pdf>> [Consultado em 30/01/2012];
- Moura, E., Rodrigues, M. (2003). Comunicação e informação em Saúde no pré-natal. [Em linha]. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832003000200008> [Consultado em 26/01/2012];
- NICE clinical guideline 107. *Hypertension in pregnancy: the management of hypertensive disorders during pregnancy*. 2010. [Em linha]. Disponível em <<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13098/50418/50418.pdf>> [Consultado em 23/02/2012];
- Parecer nº12/2011. Conselho de Enfermagem. [Em linha] Disponível em <<http://ordemenfermeiros.pt/sites/norte/Documents/Parecer.pdf>> [Consultado em 20/05/2012].

Anexos

Instrumento de colheita de dados (questionário)

Ana Sofia de Sousa Belinha, aluna do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade Fernando Pessoa, Porto, para a elaboração do Projecto de Graduação intitulado “Conhecimento dos Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários sobre o síndrome HELLP”, vem por este meio solicitar a sua colaboração, para o preenchimento do presente questionário.

A sua colaboração é fundamental para a concretização desta investigação.

Este questionário, será utilizado apenas com o propósito de investigação, sendo assegurado o seu anonimato e confidencialidade, pelo que não deverá escrever o seu nome em nenhuma parte do questionário.

Instruções para o preenchimento do questionário:

- Leia atentamente a questão antes de preencher;
- Assinale com uma (x) a resposta que melhor se adapta à sua situação;
- Nas questões de resposta aberta, responda no espaço que se encontra com linhas.

Por favor, responda a todas as questões.

Em média, o preenchimento deste questionário é de aproximadamente 15 minutos.

Grata pela sua disponibilidade e apoio

Com agradecimentos

A aluna

(Ana Sofia de Sousa Belinha)

QUESTIONÁRIO

I. Caracterização da amostra

1. Género: Feminino ☐ Masculino ☐
2. Idade: _____ anos
3. Grau académico: _____
4. Área científica: _____
5. Há quantos anos exerce? _____

II. Conhecimento sobre patologia hipertensiva na gravidez com abordagem ao Síndrome de HELLP

1. Como se deve medir correctamente a pressão arterial na grávida?

2. Quantas medições deverão ser efectuadas?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
3. No teste rápido de urina, o que entende ser proteinúria significativa na gravidez?

☐ $\geq 1+$ ☐ $\geq 2+$ ☐ $\geq 3+$
4. Como define Hipertensão Arterial na gravidez?

☐ PAS/PAD \geq 120/80 mmHg

☐ PAS/PAD \geq 130/80 mmHg

☐ PAS/PAD \geq 130/90 mmHg

☐ PAS/PAD \geq 140/90 mmHg

5. Possui conhecimentos sobre a Pré-Eclâmpsia? Sim ☐ Não ☐

5.1. Se sim, onde os adquiriu? _____

5.2. Defina o que é a Pré-Eclâmpsia. _____

6. Indique sinais/sintomas que o façam suspeitar de um quadro de Pré-eclâmpsia.

7. Possui conhecimentos sobre o síndrome HELLP? Sim ☐ Não ☐

7.1. Se sim, onde os adquiriu? _____

7.2. Defina o que é o síndrome HELLP. _____

8. Elenque factores de risco de síndrome HELLP. _____

9. Considera que o síndrome HELLP está sempre associado a elevação dos valores de pressão arterial?

☐ Não ☐ Sim

10. Acha que o síndrome HELLP é mais frequente na gestação de termo, sendo necessário disponibilizar mais cuidados de saúde nesta fase da gravidez?

☐ Não ☐ Sim

11. O síndrome HELLP pode surgir em grávidas com pré-eclâmpsia durante o:

- ☐ período gestacional
- ☐ período gestacional ou puerpério precoce
- ☐ puerpério precoce
- ☐ puerpério tardio

12. Este síndrome está associado a taxas de morbilidade e mortalidade materna e fetal significativas?

☐ Não ☐ Sim

13. Como actuar na prevenção do síndrome HELLP? _____

14. Existe algum plano de acção na sua Unidade de Saúde Familiar perante este síndrome? Sim ☐ Não ☐

14.1. Se sim, qual? _____

15. Na sua Unidade, é habitual referenciar gestantes com patologia hipertensiva ou suspeita de síndrome HELLP para os Cuidados de Saúde Diferenciados? Sim ☐ Não ☐

16. Considera importante os Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários possuírem conhecimento sobre o síndrome HELLP? Sim ☐ Não ☐

16.1. Justifique: _____
